

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES  
DO CONCELHO DE MOGADOURO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira

Coorientação:

Mestre Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz

Susana Maria Conde Fernandes

Porto I 2012



## DEDICATÓRIA

Ao meu filho João Miguel

Ao Luís Miguel

Aos meus pais e irmãos



*“Devia ser possível pensar mais e melhor sobre os adolescentes e o que de bom desejamos para cada um deles. De conhecer as suas características, os seus riscos e as respectivas respostas. Na certeza de que existe uma possibilidade de mudança e que ela passa por todos nós, pais ou adultos, de quem eles dependem. (...) Sonham conhecer esse mundo gigante dos adultos, mesmo quando os contrariam, o desafiam ou o negam. E, por isso, seria um erro ignorar tudo isso, esquecendo-os, não lhes dizendo: aqui estamos e faremos todos o melhor que soubermos. Para que sejam felizes.”*

Pedro Strecht, 2005, p. 65



## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu enorme agradecimento aos adolescentes e à Escola que contribuíram para a realização deste trabalho de investigação e, também, em particular:

À Professora Doutora Margarida Reis Santos, orientadora desta dissertação, por toda a experiência e sabedoria, apoio e estímulo constantes.

À Mestre Sandra Cruz, coorientadora desta dissertação pelo seu conhecimento, apoio e incentivo permanentes.

À Professora Doutora Ana Paula França, coordenadora do Mestrado pela partilha de conhecimentos e incentivo ao longo da minha formação em saúde infantil e pediatria.

À Enfermeira Cândida Meira, pelo apoio e disponibilidade sempre demonstrados.

Um agradecimento especial às minhas amigas Juca e Isabel, pela amizade e partilha de sentimentos durante este percurso.

Ao meu filho, João Miguel, pela sua ternura e que passará um dia pela fase da adolescência, desejando que a compreenda e viva de forma saudável e tranquila e ao meu marido, Luís Miguel, pelo carinho, incentivo e paciência sempre demonstrados.

À minha família, em especial aos meus pais e irmãos, pelo apoio e dedicação, muito obrigada pelas palavras amigas ao dizerem-me que a caminhada da vida somos nós que a fazemos no dia-a-dia.

Às pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

A todos, muito OBRIGADA!





## LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

CEF - Curso de Educação e Formação  
col. - Colaboradores  
CPROF - Curso Profissional  
CS - Centro de Saúde  
DGS - Direção Geral de Saúde  
EpS - Educação para a Saúde  
ESPAD - European School Project on Alcohol and other Drugs  
GIAA - Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno  
HBSC - Health Behaviour in School-aged Children  
IAS - Institute of Alcohol Studies  
n - Número de indivíduos  
ns - Não significativo  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
p - Valor de prova  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar  
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
WHO - World Health Organization



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1 - A ADOLESCÊNCIA E OS ADOLESCENTES	27
1.1 - Comportamentos de Risco na Adolescência	32
1.2 - Consumo de Tabaco e de Álcool	37
2 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA	45
3 - DESENHO DO ESTUDO	51
3.1 - Questão de Partida e Objetivos da Investigação	53
3.2 - População	54
3.3 - Considerações Éticas	55
3.4 - Instrumento de Colheita de Dados	56
3.5 - Metodologia de Recolha de Dados	57
3.6 - Variáveis do Estudo	58
3.7 - Operacionalização das Variáveis	60
3.8 - Tratamento dos Dados	61
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	63
4.1 - Caracterização da População	63
4.2 - Consumo de Tabaco	72
4.3 - Consumo de Álcool	80
4.4 - Educação para a Saúde	90
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
CONCLUSÕES	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	139

<b>ANEXO I - Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas de Mogadouro</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO II - Declaração de Consentimento Informado dos Pais/Encarregados de Educação e Adolescentes</b>	<b>145</b>
<b>ANEXO III - Pedido de Autorização para Utilização do Questionário “Estilos de Vida na Adolescência”</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO IV - Consentimento da Professora Doutora Margarida Reis Santos para a Utilização do Questionário “Estilos de Vida na Adolescência”</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO V - Questionário - “Consumo de Tabaco e Álcool na Adolescência”</b>	<b>157</b>

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Freguesias de residência dos adolescentes .....	64
--	----



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Variáveis de caracterização do grupo .....	58
QUADRO 2 - Variáveis de caracterização sociofamiliar .....	59
QUADRO 3 - Variáveis de caracterização do consumo de tabaco.....	59
QUADRO 4 - Variáveis de caracterização do consumo de álcool .....	59
QUADRO 5 - Variáveis de caracterização da educação para a saúde .....	60





## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Género dos adolescentes .....	64
GRÁFICO 2 - Ano de escolaridade frequentado pelos adolescentes.....	65
GRÁFICO 3 - Objetivos futuros dos adolescentes .....	66
GRÁFICO 4 - Opinião dos adolescentes sobre o gosto pela vida .....	69
GRÁFICO 5 - Opinião dos adolescentes sobre os problemas na vida .....	69
GRÁFICO 6 - Interesse da família pelos problemas dos adolescentes.....	69
GRÁFICO 7 - Interesse dos amigos pelos problemas dos adolescentes.....	70
GRÁFICO 8 - Tipo de família .....	70
GRÁFICO 9 - Locais de consumo de álcool para os adolescentes .....	85
GRÁFICO 10 - Companhia dos adolescentes no consumo de bebidas alcoólicas....	85
GRÁFICO 11 - Aquisição de informação sobre os malefícios do álcool.....	90
GRÁFICO 12 - Aquisição de informação sobre os malefícios do tabaco.....	91



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Idade dos adolescentes .....	63
TABELA 2 - Tipo de ensino frequentado pelos adolescentes .....	65
TABELA 3 - Constituição do grupo de amigos.....	66
TABELA 4 - Companhia dos adolescentes para os tempos livres segundo os clusters .....	67
TABELA 5 - Ocupação do tempo livre dos adolescentes segundo os clusters .....	68
TABELA 6 - Profissões exercidas pelos pais dos adolescentes.....	71
TABELA 7 - Habilitações literárias dos pais dos adolescentes.....	72
TABELA 8 - Idade de início ao consumo de tabaco .....	72
TABELA 9 - Consumo de tabaco, a idade e o sexo .....	73
TABELA 10 - Consumo de tabaco, existência de problemas na vida e o interesse da família e amigos pelos mesmos .....	74
TABELA 11 - Consumo de tabaco por tipo de ensino/ano de escolaridade/nível de ensino .....	75
TABELA 12 - Motivos que levaram os adolescentes a começar a fumar .....	76
TABELA 13 - Motivos que levaram os adolescentes a recomeçar a fumar.....	77
TABELA 14 - Consumo de tabaco e o facto de os amigos serem fumadores .....	78
TABELA 15 - Consumo de tabaco e a pertença a um grupo de amigos/tipo de amigos .....	78
TABELA 16 - Consumo de tabaco/Companhia/Ocupação dos tempos livres .....	79
TABELA 17 - Consumo de tabaco e a aquisição da informação sobre os malefícios do tabaco/realização de trabalho durante o percurso escolar .....	80
TABELA 18 - Idade de início ao consumo de álcool.....	81
TABELA 19 - Consumo de álcool, a idade e o sexo .....	81
TABELA 20 - Consumo de álcool, existência de problemas na vida e o interesse da família e amigos pelos mesmos .....	83
TABELA 21 - Consumo de álcool por tipo de ensino/ano de escolaridade/nível de ensino .....	84
TABELA 22 - Tipo de bebidas alcoólicas consumidas pelos adolescentes .....	84

TABELA 23 - Motivos que levam os adolescentes a deixar de consumir bebidas alcoólicas .....	86
TABELA 24 - Motivos que levam os adolescentes a não deixar de consumir bebidas alcoólicas .....	86
TABELA 25 - Consumo de álcool e os familiares que consomem bebidas alcoólicas .....	87
TABELA 26 - Consumo de álcool e a pertença a um grupo de amigos/tipo de amigos .....	88
TABELA 27 - Consumo de álcool e o facto de os amigos consumirem bebidas alcoólicas .....	88
TABELA 28 - Associação do consumo de álcool e de tabaco nos adolescentes.....	89
TABELA 29 - Consumo de álcool e a aquisição de informação sobre os malefícios do álcool/realização de trabalho durante o percurso escolar .....	90
TABELA 30 - Agentes que ministram a informação acerca dos malefícios do álcool na adolescência .....	91
TABELA 31 - Agentes que ministram a informação acerca dos malefícios do tabaco na adolescência .....	92
TABELA 32 - Local onde é ministrada a informação sobre os malefícios do álcool	92
TABELA 33 - Local onde é ministrada a informação sobre os malefícios do tabaco .....	92
TABELA 34 - Quem informou os adolescentes sobre os malefícios do álcool e quem eles gostariam que lhes desse mais informação sobre a temática .....	94
TABELA 35 - Quem informou os adolescentes sobre os malefícios do tabaco e quem eles gostariam que lhes desse mais informação sobre a temática .....	94
TABELA 36 - Motivos pelos quais os adolescentes recorrem ao GIAA.....	95

## RESUMO

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescentes; Comportamentos de Risco; Tabaco; Álcool; Educação para a Saúde.

A adolescência é um período de desenvolvimento e crescimento onde ocorrem profundas mudanças, descobertas e desafios. É uma fase da vida em que muitos adolescentes adotam comportamentos que os expõem a uma enorme variedade de riscos, os quais se incluem, o consumo de tabaco e de álcool.

O objetivo da presente investigação consistiu em caracterizar os hábitos de consumo de tabaco e álcool e identificar necessidades de educação para a saúde dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro.

Realizou-se um estudo exploratório e descritivo, no qual participaram 441 estudantes do ensino básico e secundário, sendo 53,1% do sexo masculino, com a média de idades de 14,5 anos. A colheita de dados foi realizada entre abril e maio de 2011, após consentimento informado dos pais/encarregados de educação e participantes maiores de idade e autorização do Conselho Executivo da Escola, através de um questionário, anónimo de autorresposta.

Os resultados mostram que o consumo de tabaco/álcool são uma realidade para alguns adolescentes: 18,6% são fumadores, iniciaram o consumo com uma média de 13,8 anos de idade, a maioria deseja deixar de fumar/reduzir o consumo; 45,3% adolescentes consomem álcool, iniciaram o consumo com uma média de 13,5 anos de idade, a cerveja é a bebida preferida de ambos os géneros e os amigos são a companhia predileta. A maioria já experimentou pelo menos um episódio de embriaguez e não pretende deixar de beber. Os adolescentes que fumam e os que consomem bebidas alcoólicas têm amigos e familiares com esses hábitos de consumo. A maioria dos adolescentes já recebeu informação sobre os malefícios do álcool/tabaco na adolescência e não deseja obter mais informação. Os que desejam preferem que sejam os profissionais de saúde a ministrá-la. São os adolescentes com 10-13 anos que demonstram maior interesse na aquisição de mais informação.

Verificou-se que o consumo de tabaco/álcool está significativamente relacionado com a idade, o sexo, o tipo de ensino frequentado, as expectativas futuras, o tipo de amigos, a companhia e forma de ocupação dos tempos livres, o gosto pela vida, os problemas na vida e interesse da família pelos mesmos, os hábitos de consumo dos familiares e amigos, bem como com a informação adquirida sobre os malefícios do álcool/tabaco na adolescência.

Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de investir na Educação para a Saúde envolvendo ativamente os adolescentes no processo. Este processo deve ser iniciado precocemente de forma a evitar ou adiar a iniciação do consumo e deve envolver não só os adolescentes, enfermeiros e outros profissionais de saúde, mas também, os pares, os pais, a escola e restante comunidade.

## **ABSTRACT**

**TITLE:** Consumption of tobacco and alcohol among adolescents in the county of Mogadouro

**KEY-WORDS:** Adolescents; Risk Behaviours; Tobacco; Alcohol; Education for Health.

Adolescence is a period of growth and development, during which deep changes, discoveries and challenges take place. In this phase, adolescents adopt behaviours that expose them to a variety of risks, which include the consumption of tobacco and alcohol.

The purpose of this research was to characterize the habits of smoking and alcohol consumption and to identify the needs for health education in adolescents in Primary and Secondary levels in the county of Mogadouro.

An exploratory and descriptive study was held, in which 441 students of primary and secondary levels participated. The majority of them were male (53,1%) with a mean age of 14,5 years old. We collected data through an anonymous, self-answered questionnaire, between April and May 2011, after an informed consent from parents/guardians and participants of legal age and the consent of the Executive Board.

The results show that the consumption of tobacco/alcohol is a reality for some adolescents: for 18,6% are smokers who began the consumption with a mean age of 13,8 years old. The majority of them want to quit/reduce the consumption; 45,3% of adolescents consume alcohol and they began the consumption with a mean age of 13,5 years old. Beer is the preferred drink of both male and female and they choose to drink with their friends. Most of them have experienced at least one episode of drunkenness and they don't intend to stop drinking. Teenagers who smoke and those who consume alcohol have friends and family with these habits. Most adolescents have received information on the harmful effects of alcohol/tobacco in adolescence and do not want to get more information. Those

who want to get further information want the health professionals to provide it for them. The adolescents between 10 and 13 years old are the ones who demonstrate interest in acquiring more information.

We found that the consumption of tobacco/alcohol is significantly related to age, sex, type of school attended, the future expectations, the friendships, the companionship and the way they spend their free time, the taste for life, their problems and their family's interest in those problems, the consumption habits of family and friends, as well as the information obtained about the evils of alcohol/tobacco in adolescence.

The results highlight the need to invest in Health Education, actively involving adolescents in the process. This process should be initiated early to prevent or delay the initiation of consumption and must involve not only adolescents, nurses and other health professionals, but also parents, peers, School and the rest of the community.



## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de desenvolvimento e crescimento onde ocorrem profundas mudanças, descobertas e desafios. É uma fase da vida em que muitos adolescentes adotam comportamentos que os expõem a uma enorme variedade de riscos, os quais se incluem, o consumo de tabaco e de álcool. A iniciação ou experimentação do consumo destas substâncias são “*potencialmente destabilizadoras da saúde do adolescente e do futuro adulto*” (Matos, 2008, p. 223) e o aumento significativo dos comportamentos de risco é visto como a epidemia do século XXI (WHO, 2011). Os custos financeiros, sociais e de saúde dos problemas associados a estes consumos entre os adolescentes representam um impacto significativo para a sociedade.

Os comportamentos de risco adotados pelos adolescentes são na maioria preveníveis e constituem a maior ameaça à sua saúde, pois comprometem o seu bem-estar e saúde a curto e a longo prazo (Barreto *et al.*, 2010; Brown *et al.*, 2008; Ferreira, 2008; Ferreira, 2011; Ferreira e Torgal, 2010; Matos, 2008).

Em Portugal a iniciação e experimentação de comportamentos tabágicos ocorre entre os 11 e os 17 anos de idade (Carvalho *et al.*, 2007) e o início do consumo de bebidas alcoólicas, normalmente verifica-se entre os 11 e os 13 anos de idade (Monteiro e Rodrigues, 2009; Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005), verificando-se, tal como na maioria dos países europeus, um aumento progressivo do número de consumidores com a idade (Barroso, Barbosa e Mendes 2006; Breda, 2010; Ferreira, 2011; Hibell *et al.*, 2012; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010; OMS, 2010; Sousa, 2008).

A adolescência é uma fase complexa do desenvolvimento humano e de considerável risco para o consumo de tabaco e de álcool, devido às características que lhe são inerentes. Mas, por outro lado, constitui um período muito favorável a intervenções significativas de promoção de estilos de vida saudáveis. Estudos de investigação demonstram que muitos adolescentes, apesar de referirem ter conhecimentos acerca dos malefícios do consumo de tabaco e álcool, não os

utilizam e continuam a envolver-se em comportamentos de risco e estilos de vida não saudáveis (Cox, Calamari e Langley, 2008; Sampaio, 2006).

Têm sido discutidas quais serão as estratégias mais eficazes para prevenir a iniciação precoce destes consumos, num grupo etário com características tão peculiares, como os adolescentes. Uma das estratégias de intervenção definidas na Europa pela OMS (WHO, 2011) para reduzir o consumo de substâncias neste período da vida compreende a promoção da saúde e do desenvolvimento, bem como a prevenção de fatores de risco para a saúde, associados ao consumo de tabaco e álcool. Em Portugal esta medida é orientada pelo Plano Nacional de Saúde - PNS (2011-2016) e pela Direção Geral da Saúde - DGS (2007) através do Programa Nacional de Saúde Escolar - (PNSE), e pretende implementar um reforço dos fatores de proteção que estão associados a estilos de vida saudáveis, ajudar os adolescentes a construírem uma personalidade consolidada, bem como, promover um ambiente escolar seguro e saudável. Contudo, apesar de existirem ações e intervenções de carácter preventivo, a problemática do consumo de substâncias na adolescência continua a ser alvo de preocupação, para todos os profissionais que contactam com adolescentes.

No século XXI a saúde dos adolescentes é particularmente preocupante, pois face à investigação desenvolvida há necessidades de intervir precocemente nesta população exigindo dos enfermeiros uma especial atenção.

O interesse por esta investigação surge de uma inquietação profissional em contexto de diversas reuniões de Equipa de Saúde Escolar de Mogadouro (Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Mogadouro (CS) e a Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro), onde foram referidos os consumos excessivos de tabaco e álcool, como uma realidade que necessitava de uma intervenção urgente e eficaz. Surge, também, pelo interesse e gosto particular em trabalhar com adolescentes. Reconhece-se a dificuldade, muitas vezes, sentida ao lidar com este grupo e suas necessidades, bem como, a pertinência de incentivá-los a estilos de vida saudáveis. A Escola alvo desta investigação foi selecionada por ser a única Escola pública do concelho de Mogadouro, por estar integrada no Programa Nacional de Saúde Escolar e ter a intervenção da UCC/CS de Mogadouro.

A dissertação “*Consumo de tabaco e de álcool nos adolescentes do concelho de Mogadouro*” decorreu no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e teve como objetivo: caracterizar o consumo de tabaco e álcool dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro e identificar as suas necessidades de

educação para a saúde. Neste sentido, realizou-se um estudo exploratório e descritivo que pretendeu responder à questão:

- ✓ Quais os hábitos de consumo de tabaco e álcool dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro?

Com esta investigação pretendemos realizar um diagnóstico de situação, que nos permita intervir com maior eficácia junto deste grupo populacional, bem como, sensibilizar e dinamizar todos os que lidam com adolescentes no seu dia-a-dia para este problema. Pretende-se que este trabalho possa contribuir para a promoção da saúde dos adolescentes, nomeadamente através do desenvolvimento de um projeto de Educação para a Saúde (EpS), que se realizará com o consentimento da UCC/CS e a Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro.

Estudar os comportamentos de risco dos adolescentes e os fatores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de intervenções dirigidas a esta população.

Investir na saúde dos adolescentes é investir no futuro, e este investimento traduzir-se-á certamente em benefícios para a saúde deste grupo e também em benefícios económicos e sociais, para a população em geral.

Do ponto de vista estrutural este trabalho é constituído por cinco capítulos, sendo o primeiro reservado à abordagem das diversas modificações físicas, psicológicas, sociais, cognitivas, que ocorrem no período da adolescência. São descritos comportamentos de risco, identificando-se os fatores de risco e de proteção mais comuns nesta fase, dando-se particular relevo ao consumo de tabaco e de álcool na adolescência, bem como, às consequências para a saúde e à prevalência desses consumos a nível nacional e internacional.

O segundo capítulo é dedicado à EpS, evidenciando a importância do enfermeiro na prevenção de comportamentos de risco, e na dotação de competências e conhecimentos acerca de estilos de vida saudáveis na adolescência. É dada relevância à promoção da saúde em contexto escolar e ao envolvimento dos adolescentes, do grupo de pares, da família, da escola e de toda a comunidade.

No terceiro capítulo, é apresentado o enquadramento metodológico que conduziu esta investigação, a questão de investigação, os objetivos do estudo, a população, as considerações éticas, o instrumento de colheita de dados, a colheita de dados, a operacionalização das variáveis, bem como o tratamento estatístico.

No quarto capítulo procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos, e no quinto à discussão dos resultados. No último, são apresentadas as principais conclusões do estudo.

## 1 - A ADOLESCÊNCIA E OS ADOLESCENTES

A adolescência é um dos períodos de maior desenvolvimento do ser humano, marcado por um processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. É a idade da mudança, como indica a etimologia da palavra, adolescência significa em latim “adolescere” crescer. É nesta fase que ocorre a transição da infância para a idade adulta.

Deve ser encarada como uma etapa crucial para o crescimento e desenvolvimento, mas também, para a adoção de atitudes e comportamentos que se irão refletir na saúde futura do indivíduo, não exclusivamente, na adolescência mas principalmente na idade adulta. É também, fulcral na construção da personalidade do adolescente e sobretudo é uma fase de adaptação e descobertas, em que as tentativas e os erros são constantes (Cordeiro, 2009; Feist e Feist, 2008; OE, 2010; Strecht, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) citada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) atribui a designação de adolescentes aos indivíduos que têm idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. A adolescência envolve três fases distintas, considerando o número de anos que compreende e as características singulares que ocorrem nessa etapa. A primeira designada de fase inicial, dos 10 aos 13 anos; a segunda por fase intermédia, dos 14 aos 16 anos; e a terceira, conhecida por fase tardia ou final, dos 17 aos 19 anos (Bekaert, 2005). Os adolescentes são mais do que um grupo etário, são pessoas que se encontram num processo de transição e numa fase fundamental para o desenvolvimento físico, mental e emocional (Santos, 2009).

Na adolescência ocorrem rápidas mudanças fisiológicas, psicológicas, emocionais, sexuais, cognitivas, comportamentais e sociais, às quais os adolescentes precisam de se adaptar num mundo em permanente mudança (Matos 2008; Rodrigues, Carvalho e Carvalho, 2007; Simões, 2007; Vitolo, 2003).

As mudanças físicas iniciam-se com o aparecimento das características da puberdade, existindo uma particularidade nas mudanças psicossociais e cognitivas.

Estas mudanças emergem influenciadas por fatores hereditários, ambientais e psicológicos, uma vez que o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial dos adolescentes ocorre de forma articulada entre eles (Papalia e Olds, 2000; Papalia, Olds e Feldman, 2006).

O início da puberdade ocorre entre os 12 e os 14 anos para as raparigas e entre os 12 e os 16 anos para os rapazes (Farah e Sá, 2008). Esta fase determina uma mudança significativa na sexualidade e a nível do carácter psicológico dos adolescentes, modificando todo o conhecimento que a criança tinha acerca do seu corpo (Feist e Feist, 2008; Marcelli, 2002; Marcelli e Braconnier, 2005). Ao vivenciarem a transição do corpo de criança para o de adulto, muitos adolescentes têm ideias contrárias e confusas sobre crescer e não crescer, de se sentirem crianças e ao mesmo tempo adultos, de terem ou não terem autonomia e dependência (Farah e Sá, 2008; Fernandes *et al.*, 2007).

No decorrer da adolescência, as alterações hormonais despertam o desejo sexual, e provocam rápidas mudanças de humor, alternando estados de tristeza, com estados de euforia. Estas modificações surgem da dificuldade de adaptação às novas transformações físicas, vivenciadas pelos adolescentes (Claudino, Cordeiro e Arriaga, 2006; Fernandes *et al.*, 2007).

A nível do desenvolvimento psicológico, os adolescentes estão sujeitos a permanentes mudanças e desequilíbrios, que caracterizam a adolescência como um período de crise. Nesta fase é vivenciado um turbilhão de diferentes sentimentos e ideias acerca das pessoas e do mundo que os rodeia. As próprias mudanças que ocorrem do processo de maturação podem perturbar os sentimentos, a autoestima e os comportamentos dos adolescentes.

Na adolescência evidencia-se e afirma-se a personalidade, sendo esta definida por Freud (1976), como um conjunto de pensamentos, emoções e capacidades intelectuais que identificam cada pessoa como única. Começa a revelar-se mais no fim da infância e início da adolescência, pelos 8 a 12 anos de idade, verificando-se uma afirmação pessoal e uma maior organização das regras e dos valores (Palminha e Carrilho, 2003). Com efeito, a forma como se constrói a personalidade é uma determinante na conduta da vida dos adolescentes, nas suas escolhas e da maior ou menor probabilidade de um envolvimento em comportamentos de risco (Salekin, Debus e Barker, 2010).

É sabido que é uma fase da vida em que a iniciação ou experimentação do consumo de substâncias está mais presente, particularmente o consumo de tabaco e de álcool (Breda, 2010; Cavalcante, Alves e Barroso, 2008; Matos, 2008).

Ao nível cognitivo ocorrem alterações importantes, ou seja, processam-se mudanças cruciais no pensamento dos adolescentes. É entre os 12 e os 16 anos de idade que emergem as formas mais complexas do pensamento, denominadas operações formais. Estas constituem a última etapa do desenvolvimento da inteligência (Piaget, 1993). Os adolescentes passam a ser capazes de encontrar resposta para um problema de forma sistemática e metódica, dado que adquiriram a capacidade do raciocínio hipotético-dedutivo, ou seja, conseguem deduzir conclusões a partir de hipóteses que desenvolvem e não apenas a partir de uma observação concreta (Farah e Sá, 2008; Fonseca, 2005; Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006; Palminha e Carrilho, 2003).

É uma fase insubstituível no percurso de vida do indivíduo, sendo marcada pela construção da identidade e autonomia. A capacidade do pensamento formal e abstrato é fundamental nesta fase, onde a procura da identidade assume o auge, à medida que os adolescentes tentam descobrir “*quem eles são e quem não são*” experienciando novos desafios, novas decisões e novos relacionamentos (Feist e Feist, 2008, p. 255).

A identidade do adolescente é adquirida quando este tiver a capacidade de se identificar de modo constante com os seus objetivos, com as suas ambições, com a sua sexualidade e com as relações que estabelece com o outro. A teoria psicossocial de Erik Erikson (1976) refere-se à adolescência como uma fase de desenvolvimento, na qual a construção da identidade é uma importante tarefa para o indivíduo superar com sucesso, pois caso contrário emergirá uma confusão sobre os seus papéis (construção da identidade versus confusão de papéis). Os conceitos que temos do Eu, a forma como nos vemos a nós próprios e como somos vistos pelos outros, são elementos fundamentais para uma consistente identidade pessoal e suporte da personalidade adulta (Sprinthall e Collins, 1994). O desenvolvimento cognitivo e os contactos sociais que os adolescentes estabelecem, firmam o crescimento do raciocínio moral.

O desenvolvimento moral adquire-se na sua plenitude durante a adolescência, englobando normas e valores da sociedade. A maturidade moral é atingida quando o adolescente consegue perceber que a justiça não é a mesma coisa que a lei, e que existem leis que podem ser moralmente erradas, havendo necessidade de as alterar. Os princípios morais são fundamentalmente, construções racionais do indivíduo em interação social. Esta interação envolve conflitos e dilemas em relação a questões do bem e do mal, do que é certo e do que é errado, a questões de deveres e de direitos, a comportamentos e hábitos do indivíduo (Coslin, 2002; Kohlberg, 1984; Shaffer, 2005).

A teoria de Kohlberg acerca do desenvolvimento moral identifica três níveis de raciocínio moral: o pré-convencional, o convencional e o pós-convencional, sendo constituído cada nível por dois estádios. Cada estádio moral é distinto e engloba um método de pensamento acerca de questões morais. Na fase intermédia da adolescência, adquire-se o nível de raciocínio moral denominado de moralidade convencional, que se situa entre o estádio 3 e 4. No estádio 3, os juízos morais dos adolescentes fundamentam-se na aprovação. Estes acreditam e obedecem a regras e normas sociais com a finalidade de receberem aprovação dos outros. O grupo de pares é identificado como uma referência e irá determinar as principais escolhas no que diz respeito aos valores. No estádio 4, os adolescentes acreditam que as regras e leis que regem a sociedade devem ser respeitadas (Shaffer, 2005).

A socialização desempenha um papel fundamental na construção do raciocínio moral e da identidade na adolescência. Particularmente a família, o grupo de pares e a escola, são, ao longo de todo o desenvolvimento humano, agentes de mudança e de extrema influência nesse processo.

A família é considerada o primeiro contexto social dos adolescentes, contribuindo para o seu desenvolvimento (Claes, 2007; Cordeiro, 2009; Feist e Feist, 2008; Figueiredo, 2008; Fonseca, 2005; Gonçalves, 2006; Peixoto, 2004). Deve estabelecer normas e regras básicas e ir moldando os comportamentos e atitudes desde cedo, ao mesmo tempo, que promove a separação e a autonomia dos filhos.

A relação e o apoio prestados pelos pais e outros familiares, caracterizado pela proximidade afetiva, diálogo e negociação de soluções para possíveis problemas, são fundamentais para o desenvolvimento saudável dos adolescentes (Camacho e Matos, 2006; Ferreira, 2008; Negreiros e Chitas, 2011; Newman *et al.*, 2008). Contudo, esta relação entre pais e filhos não é estabelecida sempre do mesmo modo, dado que existem diferentes estilos parentais. Segundo Papalia, Olds e Feeldman (2006) os pais democráticos, permitem aos filhos participar nas decisões familiares e promovem o equilíbrio entre as exigências e a responsabilização, bem como, o encorajamento e o apoio afetivo. Por outro lado, os autoritários, caracterizam-se por serem pouco sensíveis e rigorosos, usando o controlo e os castigos com frequência, não estimulando os filhos ao diálogo. No que se refere aos pais permissivos, pelo contrário, não interferem, nem impõem regras. Exigem pouco dos filhos, o controlo e vigilância são baixos, permitindo que esses sejam os únicos responsáveis pelas suas decisões. Sampaio (2006) acrescenta



ainda a estes estilos parentais, o tipo de pais autoritários-recíprocos, como sendo exigentes e sensíveis, apoiando os filhos na tomada de decisões.

Os adolescentes frequentemente procuram respostas longe da família, pois a tentativa de fugir ao controlo dos pais e a necessidade de alterar regras são características desta fase da vida. É no período intermédio da adolescência, que ocorre uma diminuição das interações com os pais, e há um maior envolvimento com o grupo de pares. Verificam-se frequentes discussões com os pais justificadas, quer pelos variados sentimentos que ocorrem em simultâneo nos adolescentes, quer pela necessidade crescente de adquirirem autonomia (Claes, 2007; Fonseca 2005; Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006; Sampaio, 2006; Strecht, 2011).

O grupo de pares assume um papel de referência e as atitudes e os valores representam um fio orientador nas decisões e vivências dos adolescentes (Abreu, 2009; Agante, 2009; Azevedo, 2010; Claudino *et al.*, 2006; Matos, 2008). Segundo Brito (2009) este *“exerce uma forte influência social sobre os jovens, desempenhando um papel fundamental no processo de construção e consolidação da identidade e autonomia dos mesmos, partilhando ideias, atitudes, valores e comportamentos”* (p.6).

As amizades assumem uma importância crucial. De facto, os amigos e o grupo de pares influenciam de forma significativa na aquisição da identidade, bem como, na transição da dependência para a autonomia (Claes, 2007; Cordeiro, 2009; Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006; Marcelli e Braconnier, 2005; Moral, Ovejero e Pastor, 2004; Sampaio, 2006; Strecht, 2005). Os amigos são os confidentes, as pessoas que tudo aceitam e compreendem. São considerados indispensáveis, logo a aceitação ou rejeição pelo grupo de pares, influencia verdadeiramente a vida dos adolescentes, sendo a rejeição uma importante causa de problemas relacionais e emocionais (Claes, 2007; Ferreira, 2008; Fonseca, 2005; Marcelli e Braconnier, 2005). Os comportamentos do grupo influenciam as decisões dos adolescentes. Na verdade, pertencer a um grupo gera determinadas exigências identificativas, podendo estimular a vivência de novas experiências como o consumo de substâncias, particularmente o tabaco e o álcool, ou a adotar outros comportamentos desviantes (Abreu e Caiaffa, 2011; Matos, 2008; Sousa, 2008). Contudo, individualmente cada adolescente tem uma educação e um conjunto de vivências próprias, que irão torná-lo mais ou menos influenciável.

O contexto escolar é reconhecido como um espaço onde se estabelecem novas e diversas relações com o outro, se assimilam valores culturais e de desenvolvimento por excelência, representando assim, um papel singular na

socialização dos adolescentes (Breda, 2010; Fonseca, 2005; Fontes, 2007; Gonçalves, 2006; Sousa, 2008).

A adolescência é uma etapa decisiva no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde futura. Verifica-se nesta fase um aumento de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de tabaco e álcool, bem como, de drogas ilícitas e um maior envolvimento em comportamentos delinquentes (Caridade e Machado, 2006; Claes, 2007; Marinho, 2007; Matos 2008; Matos e Batista-Foguet, 2007; Wilson *et al.*, 2009). Grande parte dos adolescentes corre verdadeiramente para esse risco. A experimentação ou iniciação de tabaco e bebidas alcoólicas pode ser entendida como uma situação normal no contexto do seu desenvolvimento psicossocial. Muitos experienciam esses riscos seguindo os seus impulsos e desejos, agindo sem pensarem nos limites e nas consequências, quer para os próprios, quer para os outros (Azevedo, 2008; Breda, 2010; Fonseca, 2005; Loureiro, Matos e Diniz, 2008; Matos, 2008).

A relação que os adolescentes estabelecem com os pais, família, amigos, grupo de pares, escola e comunidade, influenciarão a adoção de determinados comportamentos e estilos de vida. Procuraremos assim, no subcapítulo seguinte abordar questões relacionadas com os comportamentos de risco na adolescência, identificando os fatores de risco e de proteção mais importantes.

## **1.1 - Comportamentos de Risco na Adolescência**

A adolescência é um período vivido de uma forma tranquila, saudável e sem problemas para muitos adolescentes, embora para outros seja encarada com inúmeras dificuldades, perigos e inquietações (Farah e Sá, 2008; Simões, 2007; Simões, Matos e Batista-Foguet, 2007; Strecht, 2011). De facto, as mudanças rápidas e significativas que ocorrem a nível físico, psicológico e social nesta fase, favorecem uma maior exposição a fatores de risco, tornando os adolescentes mais vulneráveis ao envolvimento nesses comportamentos e à iniciação do consumo de substâncias (Chiapetti e Serbena, 2007; Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006; Matos, 2008).

Alguns dos comportamentos de risco em que os adolescentes se envolvem têm uma dimensão de tal forma significativa que chega a colocar a vida em

perigo. O consumo exagerado de tabaco e de álcool, a falta de atividade física, uma alimentação deficiente, as relações sexuais precoces e desprotegidas, bem como o uso de outras drogas, são exemplos que representam ameaças à saúde. Estes comportamentos estão inteiramente ligados aos estilos de vida que os adolescentes adotam (Agante, 2009; Bennett, 2002; Costa, 2009; Ferreira, 2008; Ferreira, 2011; Marreiros, 2002; Monteiro e Rodrigues, 2009; Papalia, Olds e Feeldman, 2006; Reinaldo *et al.*, 2010; Santana e Negreiros, 2008; Simões, 2007; Strecht, 2011).

Os estilos de vida compreendem hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização, ao longo das etapas da vida (PNSE, 2007). Contudo, os estilos de vida menos adequados e os comportamentos de risco estão associados a determinantes para a saúde, doença, deficiência, incapacidade e mortalidade prematura (Barros e Nahas, 2001; Simões, 2007; WHO, 2011). Estes acarretam problemas graves a curto, médio e longo prazo nos diversos contextos de vida dos adolescentes, particularmente a nível individual, familiar, escolar e profissional.

É característico da adolescência o envolvimento em novas experiências e o estabelecimento de diversos contactos sociais. A curiosidade e o entusiasmo por experiências de risco, bem como, a influência do grupo de pares, fazem com que os adolescentes se sintam invencíveis, expondo-se frequentemente a riscos, sem medir as consequências dos seus atos (Amaral e Saldanha, 2009; Monteiro e Rodrigues, 2009).

O comportamento dos adolescentes está dependente, não só das suas características individuais, mas também, do seu meio envolvente, resultando em consequências positivas ou negativas para o seu desenvolvimento. Segundo Simões, Matos e Batista-Foguet (2008, p. 305), um dos principais *“factores determinantes da saúde na adolescência é o comportamento dos jovens, que se pode traduzir como comportamento de risco ou de protecção para a sua saúde e ajustamento.”*

Os comportamentos de risco compreendem a participação em atividades que podem comprometer a saúde física e mental do adolescente (Feijó e Oliveira, 2001). O risco está associado a uma *“consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico”* (Schenker e Minayo, 2005, p. 708). Na realidade os adolescentes iniciam comportamentos que podem tornar-se prejudiciais, como o fumar e consumir bebidas alcoólicas, comprometendo o bem-estar, a sua saúde

atual e muitas vezes a futura (Barreto *et al.*, 2010; Brown *et al.*, 2008; Ferreira, 2008; Ferreira, 2011; Ferreira e Torgal, 2010; Simões, 2007). Na atualidade a maior ameaça à saúde dos adolescentes são os comportamentos de risco, e a maioria destes podem ser prevenidos.

É na adolescência que se verifica um aumento das competências e se iniciam novos comportamentos que podem ser encarados como novos desafios na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Ferreira, 2008; Newman *et al.*, 2008). Então, é fundamental que intervenções na área da prevenção tenham início nesta fase da vida.

Os adolescentes são distinguidos como um grupo de risco, sendo este definido como *“um subconjunto da população que partilha um determinado número de características, traços ou comportamentos similares”* (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 106). Na realidade, grande parte dos adolescentes correm efetivamente para o risco, é como se este fizesse parte do ser adolescente. Segundo Fonseca (2005, p. 48) *“há como que um cluster de comportamentos de risco, ou seja, há uma associação no mesmo adolescente de diferentes tipos de risco”*. Esta associação sugere que existem fatores contextuais comuns, fazendo parte deles a família, os amigos, a escola e a comunidade, uma vez que estes influenciam o risco de iniciação ou experimentação precoce desses comportamentos (Barreto *et al.*, 2010; Engels *et al.*, 2004; Gaspar *et al.*, 2009; Gomes e Nascimento, 2010; Hamilton *et al.*, 2010; Rodrigues, 2006; Schenker e Minayo, 2005; Scholte *et al.*, 2008; Strecht, 2005).

Segundo Oliveira (2010), a OMS considera fatores de risco as *“condições de vida de uma pessoa ou grupo que os expõem a uma maior probabilidade de desenvolver um processo mórbido ou sofrer os seus efeitos”* (p.36). É importante identificar estes fatores que originam situações de perigo, sendo necessário determinar as variáveis que predizem o comportamento. Quanto maior for a prevalência dos fatores de risco, maiores serão as consequências para a saúde e maior será também a probabilidade de ocorrer a doença (Ferreira-Borges e Filho a), 2004; Loureiro e Miranda, 2010; Matos, 2008).

Os comportamentos de risco para a saúde estão associados aos adolescentes que são ou estão mais vulneráveis, quer devido a características individuais e peculiares da adolescência, quer à forma como estes se envolvem nesses comportamentos. Existem fatores individuais que podem conduzir a comportamentos de risco, tais como, problemas de comportamento, nomeadamente comportamentos agressivos, níveis baixos de autocontrolo e poucas competências para estabelecer contactos sociais (Simões, 2007), o desejo

de ser independente e a constante procura pela novidade (Schenker e Minayo, 2005). Também os adolescentes são mais influenciados quanto maior a sua fragilidade, insegurança, baixa de autoestima, ou falta de afeto e não-aceitação por parte da família, amigos e/ou grupo de pares (Fonseca, 2005; Marreiros, 2002; Strecht, 2011).

Para além destas características individuais, existem outros fatores e contextos que estão associados a comportamentos de risco. A idade precoce na iniciação ou experimentação do consumo de substâncias é considerada um dos fatores de risco mais significativos (Barreto *et al.*, 2010; Simões, 2007; Matos, 2008;). O ambiente familiar pode influenciar e facilitar o consumo de tabaco e álcool nos adolescentes. No contexto familiar em que estes consumos se verificam, há uma maior tendência para adotar os mesmos. Ter pais que fumam e consomem bebidas alcoólicas, vivenciar uma separação ou morte parental, assim como ter pais que manifestam atitudes positivas em relação ao consumo de substâncias, constituem fatores de risco importantes para iniciação (Abreu e Caiaffa, 2011; Breda, 2010; Ma *et al.*, 2008; Moreno e Brêtas, 2009; Papalia Olds e Feeldman, 2006; Ribeiro, 2000; Sampaio, 2006; Schenker e Minayo, 2005; Simões, 2007).

Outro fator de risco importante é o envolvimento com o grupo de pares, especialmente quando os amigos são considerados como modelo de comportamentos e condutas desviantes, demonstram tolerância e aprovam ou consomem substâncias (Abreu e Caiaffa, 2011; Claes, 2007; Hoffman *et al.*, 2007; Kirke, 2004; Negreiros e Chitas, 2011; Prinstein e Wang, 2005; Schenker e Minayo, 2005; Simões, 2007). Grande parte dos estudos científicos confirma a existência de uma associação entre ter amigos que fumam e bebem e a influência na adoção desses hábitos (Ferreira, 2008; Leatherdale, 2008; Ma *et al.*, 2008). Além disso, quando se verifica rejeição e a falta de apoio por parte do grupo de pares, muitos adolescentes podem envolver-se no consumo de substâncias.

A influência do contexto social associa-se a locais com maior ligação ao risco e que são frequentados pelos adolescentes, tais como, as discotecas, os bares e os cafés (Agante, 2009; Ferreira, 2008; Naia, Simões e Matos, 2007; Ribeiro, 2000; Sousa, 2008), dado que é nestes contextos que ocorre um maior consumo de tabaco e de álcool.

O ambiente escolar é considerado um espaço privilegiado de encontro e interação entre os adolescentes. Contudo, Schenker e Minayo (2005) consideram que existem fatores específicos que os predispõem ao consumo, tais como, a falta de motivação para os estudos e o mau desempenho escolar.

Contrariamente, existem fatores de proteção que diminuem a possibilidade da ocorrência de comportamentos de risco (Sampaio, 2006). Assim, os fatores protetores podem ser definidos como uma influência que previne, limita ou reduz o consumo de substâncias, e que podem proteger, opor-se, extinguir, e interagir com os fatores de risco ao longo do tempo (Matos, 2008).

Exemplos destes fatores e que potenciam a saúde dos adolescentes são os sentimentos de bem-estar, a satisfação com a escola e com os relacionamentos interpessoais, um envolvimento afetivo, uma relação saudável com a família, amigos e escola, o não envolvimento em consumos de substâncias e as atitudes positivas que os adolescentes têm face ao não consumo (Fallu *et al.*, 2010; Matos e Batista-Foguet, 2005; Naia *et al.*, 2007; Schenker e Minayo, 2005; Simões, 2007). Na realidade a comunicação e a monitorização parental, a forma como os pais ajudam os filhos na tomada de decisões, a autorregulação dos adolescentes, o facto de os amigos serem capazes de partilhar os seus sentimentos afetivos, o sucesso na escola e a partilha positiva entre professores e alunos, são fatores protetores importantes (Breda, 2010; Camacho e Matos, 2006; Carvalho, Erdmann e Santana, 2011; Cleveland, Feinberg e Greenberg, 2010; Freitas, Sousa e Fonseca, 2011; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010; Negreiros e Chitas, 2011; Simões, 2007).

O PNSE (2007) reforça e associa estes fatores a estilos de vida saudáveis, com o objetivo de promover um ambiente escolar seguro e saudável.

Os contextos em que os adolescentes se encontram e onde passam grande parte do seu tempo livre influenciam o seu desenvolvimento e percurso de vida (Naia *et al.*, 2007). Em Portugal, os estudos Health Behaviour in School-aged Children - HBSC/OMS (Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2006; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010) mostram que o tempo livre é visto como uma variável muito importante no que respeita à promoção da saúde. Segundo Freitas, Sousa e Fonseca (2011) a participação em atividades escolares ou extra escolares, tais como, o desporto, a música, o teatro, são salientados como fatores facilitadores da adaptação, da aceitação positiva por parte do grupo, influenciando positivamente os adolescentes na adoção de comportamentos saudáveis.

Existem fatores de risco e de proteção identificados simultaneamente que interferem de forma negativa ou positiva no decorrer da adolescência, dependendo do meio envolvente e das características individuais dos adolescentes. No próximo subcapítulo, iremos abordar mais aprofundadamente o consumo de tabaco e de

álcool, possíveis motivos para a sua iniciação ou experimentação, consequências, bem como, a análise da prevalência a nível nacional e internacional.

## 1.2 - Consumo de Tabaco e de Álcool

A adolescência constitui, como referido anteriormente, uma etapa crucial no ciclo vital para a iniciação do consumo de tabaco e de álcool. O uso destas substâncias pelos adolescentes é na atualidade um grave problema de saúde pública, que advém particularmente dos estilos de vida e comportamentos que estes adotam, nos diferentes contextos em que estão inseridos (Amaral e Saldanha, 2009; Becoña, 2008; Breda, 2010; 2008; Costa, 2009; DGS, 2011; Fernandes *et al.*, 2010; Ferreira-Borges e Filho, 2004a; Gomes, Alves e Nascimento, 2010; Han *et al.*, 2009; Kaestle e Wiles, 2010; Pimentel e Mata, 2010; Reinaldo *et al.*, 2010; Simões, 2007; Sousa, 2008; WHO, 2011).

Segundo a OMS, a mortalidade e morbilidade relacionada com o consumo de tabaco e álcool é particularmente inquietante. O aumento do consumo destas substâncias tem sido contínuo ao longo dos últimos anos e está a tornar-se prática comum nos adolescentes.

Em relação ao consumo de tabaco, verifica-se que é considerada a terceira droga mais consumida pelos adolescentes (Cordeiro, 2009). Em Portugal, estima-se que a mortalidade por doenças associadas a este consumo seja cerca de 12.500 pessoas por ano (Borges *et al.*, 2009). A prevalência mais baixa deste consumo observa-se na região norte de Portugal (7,6%) e no sexo feminino (INS, 2009), existindo diferenças no consumo de tabaco entre meio rural e urbano, sendo este mais elevado no meio urbano (Fraga *et al.*, 2005).

A prevalência do consumo de tabaco em Portugal é mais elevada no sexo masculino e verifica-se uma diminuição ao longo dos últimos anos. A proporção de fumadores diários no sexo masculino tem diminuído, enquanto no sexo feminino essa tendência tem vindo a aumentar e em particular em idades cada vez mais jovens (Breda, 2010; DGS, 2011; Loureiro e Miranda, 2010; Reinaldo *et al.*, 2010; Strauch *et al.*, 2009).



Os resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar (3º ciclo e secundário), promovido pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), revelam uma diminuição da prevalência do consumo de tabaco entre 2001 e 2006, tanto nos estudantes do 3º ciclo, como nos do ensino secundário. Esta tendência observou-se em todas as regiões do País (Feijão, 2008).

Os resultados do estudo European School Project on Alcohol and other drugs (ESPAD) concluem que os estudantes portugueses de 16 anos são dos adolescentes europeus que menos fumam cigarros. Em média, 54% dos estudantes de todos os países da Europa referiram já ter fumado cigarros pelo menos uma vez e 28% assumiram tê-lo feito nos 30 dias anteriores ao dia do inquérito. A Bulgária, República Checa, Letónia, Croácia, França, Mónaco e Eslovénia são os países que assinalam a maior prevalência de consumo de tabaco (40%) entre os adolescentes, enquanto a Islândia, Albânia, Montenegro e Noruega são os que têm menor consumo (12%). Portugal situa-se num nível médio de consumo de tabaco, comparativamente aos restantes países da Europa, tendo-se verificado uma diminuição deste consumo entre 2003 e 2007 e um aumento entre 2007 e 2011 (Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

A diminuição deste consumo é também observada na população de adolescentes com 11, 13 e 15 anos, que integraram o estudo HBSC/OMS, em que se assiste a uma evolução de decréscimo do consumo de tabaco no 6º e 8º anos de escolaridade, no período de 2006 para 2010, apesar deste padrão não se verificar no 10º ano (Matos e Equipa do Projecto Aventura Social, 2010).

Segundo Carvalho e col. (2007) as idades de iniciação para o consumo de tabaco estão compreendidas entre os 11 e os 17 anos. Se este for regular e com início precoce está associado a uma maior predisposição para outros comportamentos de risco, como o consumo de álcool, drogas, relações sexuais precoces, suicídio, mortes prematuras, doenças do foro mental e incapacidades em que a saúde e qualidade de vida tendem a diminuir (Barreto *et al.*, 2010; Becona, 2008; Bennett, 2002; Castro, Matsuo e Nunes, 2010; Dowdell, 2006; Ferreira-Borges e Filho, 2004b; Han *et al.*, 2006; Marreiros, 2002; Matos *et al.*, 2003; Smith *et al.*, 2008; Takakura, Ueji e Sakihara, 2001). Está particularmente, associado a diversos tipos de cancro, bem como, de várias doenças, particularmente do foro respiratório e cardiovascular (Cordeiro, 2009; DGS, 2011; Ferreira-Borges e Filho, 2004b).

Nos países desenvolvidos, a principal causa de doença e de mortes evitáveis advêm deste consumo e morrem todos os anos em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas. Na realidade se estes comportamentos se mantiverem, e não



forem adotadas medidas efetivas de prevenção e controlo, em 2030, o tabaco será responsável por cerca de 8 milhões de mortes (OMS, 2010; WHO, 2000). A iniciação ocorre normalmente na adolescência (Abreu e Caiaffa, 2011; Ferreira, 2011; Fraga, Ramos e Barros, 2006; Melchior *et al.*, 2008) e parece estar associada a fatores ambientais, como as pressões sociais, a facilidade de acesso e a influência do grupo de amigos e família, bem como, a curiosidade, o querer experimentar, o achar que dá um certo estilo, alívio do stresse e de outros sintomas de mal-estar (Ferreira, 2008; Medalho, 2008; Simões, Matos e Batista-Fouquet, 2008). Para os adolescentes a experiência de fumar envolve mecanismos de afirmação pessoal, identificação com a idade adulta, aceitação e integração no grupo de pares (Guerra, 2004).

Os adolescentes que têm o hábito de fumar referem ter mais problemas na vida do que aqueles que consomem álcool e dos que não consomem (Ribeiro, 2000). A evidência científica refere que a maioria dos adolescentes que fumam tabaco tem vontade de deixar esse hábito ou tentar reduzi-lo (Ferreira e Torgal, 2010; Leatherdale, 2008;) e os pais são considerados elos muito importantes na modelação de comportamentos (Carvalho *et al.*, 2007; Ferreira, 2011).

O tabaco e o álcool podem potenciar o consumo de outras substâncias, como as drogas ilícitas. Um consumo regular de tabaco e de álcool na fase inicial da adolescência tem consequências na saúde atual e futura dos adolescentes (Dowdell, 2006; Ferreira-Borges e Filho, 2004b; Ferreira e Paúl, 2009; Karam, Kypri e Salamoun, 2007; Simões, 2007). No entanto, e em particular não significa que todos os adolescentes que experienciam estes consumos tenham um consumo regular destes e se exponham a comportamentos de risco (Matos, 2008).

Em relação ao consumo de álcool, verifica-se um aumento a nível mundial e Portugal é visto como um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas, apresentando alterações recentes nos padrões de uso (Breda, 2010; Matos, 2008; Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005; Serra, 2009). É considerado o 4º maior consumidor de álcool da União Europeia (Feijão, 2007; Fonte e Manita, 2009) e este consumo tem aumentado em idades cada vez mais jovens (Carvalho *et al.*, 2007; PNS, 2011-2016).

O álcool é uma substância psicoativa e é a segunda droga mais consumida em todo o mundo, a sua utilização produz um efeito imediato na perceção da realidade e provoca efeitos secundários ao longo do tempo (Cordeiro, 2009). Na realidade é considerada como uma droga recreativa e constitui um problema major, provocando graves consequências para a saúde (Barroso, Mendes e

Barbosa, 2009; Lomba, Apostolo e Mendes, 2009; Monteiro e Rodrigues, 2009; WHO, 2008 cit. por Fernandes *et al.*, 2010).

O seu consumo prejudica o desenvolvimento cerebral dos adolescentes e pode originar prejuízos graves para a saúde a curto, a médio e a longo prazo. Daí que o consumo de bebidas alcoólicas esteja relacionado com uma enorme diversidade de problemas de saúde e sociais, tais como, os acidentes de viação, que são responsáveis por um número elevado de mortes; homicídios; afogamentos; quedas; queimaduras; violência; suicídio; redução de produtividade no trabalho; diversos tipos de cancro (pulmão, laringe); doenças cardíacas; doenças pulmonares; doenças crónicas de fígado; lesões ao nível do sistema nervoso central e periférico; complicações na gestação; dependência de álcool e envolvimento em relações sexuais precoces e desprotegidas (Becoña, 2008; Breda, 2010; Cordeiro, 2009; Ferreira-Borges e Filho, 2004a; IAS, 2007; Marreiros, 2002; Monteiro e Rodrigues, 2009; WHO, 2011).

Salientam-se os acidentes de viação, como a principal causa de morte nos adolescentes, estando muitos deles associados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Breda, 2010; Cordeiro, 2009; WHO, 2011). Portugal é um dos países da Europa que apresenta uma taxa mais alta de mortalidade associada a este consumo, pois cerca de 40% dos adolescentes que morreram neste tipo de acidentes apresentavam álcool no sangue (Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool, 2009). É importante referir que a maioria destes acidentes ocorre, por norma, no período das 3 às 6 horas, seguido das 0 às 3 horas, com uma mortalidade de 6.5 e 4.3, respetivamente, em cada 100 acidentes, sendo nas restantes horas do dia o valor de 2.1 mortos (DGV, 2006). Estes dados sugerem que a maioria destes acidentes pode estar associada com as saídas noturnas e os diversos consumos de substâncias.

Em Portugal, o álcool é uma droga legalizada e por norma o seu consumo é socialmente bem aceite (Breda, 2010; Cox, Calamari e Langley, 2008; Sousa, 2008). A venda e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos são permitidos a maiores de 16 anos. A idade legal para a iniciação deste consumo deveria ser revista e iniciados programas de prevenção precoces, tendo em conta as evidências científicas, que comprovam que os adolescentes são considerados uma população de alto risco (Karam, Kypri e Salamoun, 2007; Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool, 2009; Sousa, 2008; Sullivan, 2008).

Apesar de terem conhecimento dos efeitos e consequências do consumo de álcool, alguns indivíduos continuam motivados para o consumir (Cox, Calamari e

Langley, 2008). Sampaio (2006) refere que a maioria dos adolescentes tem a percepção que consumir álcool, tabaco e drogas é nocivo, contudo não pretendem modificar os seus comportamentos.

O álcool está presente na nossa cultura, nas nossas casas, na vida profana e rituais religiosos, bem como, em momentos e locais de encontro entre adolescentes (Monteiro e Rodrigues, 2009). Assim, muitos deles partilham da opinião que o seu consumo pode ser perfeitamente aceitável, sem serem censurados, pela sociedade e/ou pelos próprios pais. Pode assim, o ato de beber nos adolescentes ser visto com naturalidade, estando por norma associado a locais e ambientes de diversão, onde o consumo é excessivo, e o propósito é ficar embriagado. O estado de embriaguez é visto como facilitador de desinibição social e de contactos sexuais precoces, que implicam graves consequências de saúde pública (Alves, 2007; Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool, 2009). A investigação aponta o consumo de álcool como uma problemática social de grande dimensão, evidenciando que a maioria dos adolescentes não gosta de álcool (Reinaldo *et al.*, 2010; Sousa, 2008), não ambiciona deixar de beber (Ferreira, 2008), e que esse consumo é do conhecimento dos pais (Camacho e Matos, 2006).

O consumo de álcool nos adolescentes tem aumentado e verificam-se diversas alterações nos padrões do seu consumo, quer em termos de quantidade, quer no que respeita à multiplicidade de bebidas existentes no mercado. Assiste-se assim, a um problema social com grandes proporções em Portugal e, em particular ao fim de semana e no período noturno, onde se verifica um aumento do consumo de cerveja e de vinho, pelos mais jovens (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009; Feijão, 2007; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010; Rodrigues *et al.*, 2007; Sousa, 2008), ou a preferência por bebidas destiladas (Ferreira, 2008; Ferreira e Paúl, 2009; Gomes *et al.*, 2005; Vinagre e Lima, 2006).

Muitos adolescentes iniciam estes consumos com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos (Cordeiro, 2009; Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social, 2010; Sampaio, 2006). A idade precoce para a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas é preocupante, pois o sistema biológico do adolescente não está completamente desenvolvido e não é possível proceder à degradação do álcool, prejudicando o seu desenvolvimento (Cordeiro, 2009). E ao mesmo tempo a iniciação precoce, com um consumo regular e contínuo, está relacionada a um maior envolvimento em outros comportamentos de risco, às consequências graves e de se tornar dependente na idade adulta (Agante, 2009; Fraga, Ramos e Barros 2006; Sousa, 2008).

Verifica-se nestas idades uma preferência pelo consumo de bebidas com elevada graduação alcoólica, conhecidas por *alcopops*. Destas, fazem parte uma grande variedade de bebidas muito açucaradas com excesso de teor alcoólico, de cores atraentes, com sabores diversos e aromas de frutas, na maioria das vezes misturadas (Ferreira-Borges e Filho, 2004a). Na realidade assiste-se, também, e particularmente nestas idades a um consumo tipo *binge drinking* regular (Breda, 2010). Este compreende o beber de forma excessiva, num curto espaço de tempo, sendo considerado o consumo de cinco doses de álcool para os rapazes e quatro doses, para as raparigas (Matos e Equipa do Projecto Aventura Social, 2006).

De acordo com o Relatório ESPAD, verifica-se de 2003 para 2007 um aumento significativo dos padrões de consumos, nomeadamente de episódios de embriaguez e de *binge drinking*, tendo-se verificado uma diminuição ligeira entre 2007 e 2011. Aumentou ainda a percentagem de estudantes em Portugal de 25% para 56% que referem este tipo de consumo durante os últimos 30 dias. Entre 2007 e 2011 verifica-se uma diminuição para 22% deste tipo de consumo (Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

Em diversas investigações o álcool é considerado a substância mais consumida pelos jovens, seguida pelo consumo de tabaco (Chiapetti e Serbena, 2007; Hibell *et al.*, 2009). Os adolescentes mais velhos são os que se embriagam mais, os que consomem mais bebidas alcoólicas e tabaco (Feijão, 2007; Ferreira e Torgal, 2010; IAS, 2007; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social, 2010; Melchior *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2007). É na fase final da adolescência, que estes adquirem maior autonomia e uma maior definição da identidade, menor controlo parental e um maior envolvimento com o grupo de pares (Brown *et al.*, 2008; Matos e Equipa do Projecto Aventura Social, 2010).

Os motivos que levam os adolescentes a adquirirem o hábito de consumir álcool e tabaco são complexos, dado que existem diversos fatores e motivos que atuam em conjunto, quer fatores sociais, quer características individuais de cada adolescente. Um desses motivos é o desejo de experimentarem novas sensações, de se sentirem diferentes, de construírem uma nova identidade (Alves, 2007; Amaral e Saldanha, 2009; Breda, 2010; Cordeiro, 2009; Ribeiro, 2000; Sousa, 2008). Na opinião de Sampaio (2006, p.190) os adolescentes consomem álcool para ficarem desinibidos e o facto de “*Beber desresponsabiliza, (...) serve de desculpa para um comportamento que é difícil de justificar perante si mesmo e perante a sociedade*”. *Está presente também, a vontade de experienciar aquilo que é “novo, procurar novas emoções e desafios, mas também encontrar nessas novas buscas “respostas” para o seu viver”* (Monteiro e Rodrigues, 2009, p. 35). Um outro

motivo para o consumo são as expetativas positivas e as falsas crenças e mitos face ao mesmo (Agante, 2009; Amaral e Saldanha, 2009; Barroso, Mendes e Barbosa, 2009). De salientar algumas dessas inúmeras falsas qualidades e virtudes do álcool, tais como ser *“fornecedor de calor, de força, de virilidade, de capacidades, de melhor performance, favorecedor de convivialidade, de expressão de sentimentos, de desinibição (...)”* (Breda, 2010, p. 186).

Os órgãos de comunicação social representam um papel muito relevante na influência sobre as crenças, atitudes e comportamentos, bem como, na iniciação dos consumos (Cavalcante *et al.*, 2008; Cordeiro, 2009; PNS 2010; Reinaldo *et al.*, 2010; Simões, 2007). Grande responsabilidade é atribuída às campanhas de *marketing*, que aliciam e associam estes consumos à satisfação, ao sucesso e à promoção de um mundo ideal (DGS, 2011; Drumond e Machado, 2010; Reinaldo *et al.*, 2010; Sampaio, 2006). As entidades responsáveis pela fiscalização deveriam ter um maior controlo e vigilância, principalmente dos locais de venda e de frequência dos adolescentes (Breda, 2010; Cavalcante, Alves e Barroso, 2008; Charlesworth e Glantz, 2005; Sousa, 2008).

O consumo de substâncias durante a adolescência, independentemente do tipo e/ou perigo, pode ser considerado de risco, embora não signifique que todos os adolescentes que o iniciam, tenham obrigatoriamente um consumo regular, pois muitos deles apenas têm o desejo de experimentar (Cordeiro, 2009; Marcelli e Braconnier, 2005; Simões, 2007).

Hoje, muitos dos adolescentes e talvez o número aumente num futuro próximo, estão em risco para a saúde como resultado dos seus comportamentos, existindo uma relação direta entre a mortalidade e os comportamentos que estes adotam (Becoña, 2008; Breda, 2010; Loureiro e Miranda, 2010; Marreiros, 2002; Odgen, 2004; WHO, 2010; WHO, 2011). É imprescindível dar a conhecer à nossa sociedade os efeitos e consequências do consumo de tabaco e de álcool, prevenindo a iniciação e a redução desses consumos pelos adolescentes. Assim, a importância da prevenção primária através da promoção e EpS, representam um papel crucial na mudança de comportamentos nos adolescentes, como descreveremos no capítulo seguinte.



## 2 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Como referido no capítulo anterior a adolescência é uma fase complexa de crescimento e de desenvolvimento do ser humano. Neste período ocorrem inúmeras experiências e surgem novos riscos nos mais variadíssimos contextos em que os adolescentes se inserem. É nesta etapa da vida que muitos iniciam e experienciam o consumo de tabaco e de álcool.

Na atualidade os principais determinantes dos problemas de saúde são os estilos de vida. Estes dependem dos valores e das atitudes, bem como, dos comportamentos nos diferentes contextos. Em Portugal a taxa de morbilidade e mortalidade nos adolescentes está completamente aliada a estes estilos de vida. Este facto justifica só por si medidas de carácter preventivo e de promoção da saúde. Assim, é fundamental intervir no âmbito da saúde dos adolescentes, para minimizar ou eliminar os riscos, através de um conjunto de intervenções que visem alterações de hábitos de vida e de comportamentos menos saudáveis.

A saúde provém *“da educação, do comportamento e estilos de vida, da gestão da doença crónica e aliança terapêutica, como reforço do poder e responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e colectiva”* (PNS, 2011-2016a, p. 3). As intervenções que promovem mudanças devem apoiar-se em intervenções baseadas na evidência, dirigidas em particular a crianças e adolescentes (Gaspar *et al.*, 2009; Pinto, Piedade e Pinto, 2009; WHO, 2010).

A EpS é uma forma de promover a adoção de estratégias saudáveis que permitam modificar comportamentos de risco. É indispensável, *“(...) não só pelos conhecimentos específicos que oferece mas, sobretudo, porque melhora as competências gerais, incluindo o desenvolvimento do pensamento crítico e das capacidades para a tomada de decisão”* (Loureiro e Miranda, 2010, p. 132). É fundamental intervir precocemente, preferencialmente em etapas onde ainda não se tenha verificado a iniciação aos consumos de substâncias. Pois, existe maior probabilidade de modificar comportamentos quando estes se encontram num

período precoce de desenvolvimento, não estão incutidos culturalmente e há suporte teórico dos benefícios da mudança, atendendo aos contextos, à importância e motivação para os alterar (Breda, 2010; Loureiro e Miranda, 2010; Simões, 2007; Strauch *et al.*, 2009).

Para desenvolver ou reforçar estratégias de intervenção que melhorem os comportamentos de saúde dos adolescentes, é importante uma adequada implementação e monitorização das mesmas. As intervenções devem ter início na adolescência, serem breves, continuadas ao longo do tempo e avaliadas com frequência (Ferreira, 2011). Devem compreender a utilização de métodos pedagógicos, onde seja facultada informação importante aos adolescentes, sobre os comportamentos que influenciam a saúde, bem como ajudá-los a adquirir novos padrões de comportamento face aos consumos de tabaco e de álcool e a tomar decisões corretas (Ambrozano, 2008; Ferreira, 2011; Reis, 2007). Segundo Breda (2010) este tipo de intervenções resulta quando utilizado corretamente, mesmo que a informação partilhada seja simples e mínima.

A EpS deve basear-se em intervenções que permitam o desenvolvimento saudável dos adolescentes, com o objetivo de identificar, reduzir, ou eliminar os riscos para a saúde associados aos comportamentos e aos estilos de vida, tais como: o consumo de substâncias, acidentes de viação, rendimento escolar baixo, comportamentos sexuais de risco, falta de exercício físico, consumo de drogas, violência em meio escolar, entre outros (Abreu e Caiaffa, 2011; Breda, 2010; Costa, 2009; Pinto, Piedade e Pinto, 2009).

A prevenção à iniciação do consumo de tabaco e de álcool na adolescência é essencial. Apesar de não serem visíveis, no imediato, os efeitos de uma prevenção primária, esta é sempre preferível e vantajosa comparativamente a tratamentos, ou cessação de dependências instaladas, que implicam elevados custos para o sistema de saúde e para o indivíduo.

Na atualidade tem sido abordada a eficácia dos programas de prevenção primária, dirigidos aos problemas comportamentais e sociais dos adolescentes. Segundo Heller e col. (2000, cit. por Snyder e Lopez, 2009, p. 314) evidenciam-se cinco passos para desenvolver prevenções primárias com êxito:

1º - *“As populações-alvo devem receber informações sobre o comportamento de risco a ser prevenido”;*

2º - *“O programa deve ser atraente, devendo motivar os participantes potenciais a aumentar os comportamentos desejados e reduzir os indesejados”;*

3º - *“O programa deve ensinar habilidades de solução de problemas e como resistir a retornar aos padrões contraproducentes anteriores”;*



4º - *“Deve mudar quaisquer normas ou estruturas sociais que reforcem comportamentos contraproducentes”;*

5º - *“Devem-se colectar dados para possibilitar a avaliação das conquistas do programa”.*

A promoção da saúde é fundamental para o desenvolvimento social e económico, sendo necessário definir estratégias que reforcem a adoção de comportamentos saudáveis e escolhas responsáveis, particularmente nos adolescentes (Brito, 2009). Nos cuidados de saúde primários, o enfermeiro tem um papel essencial na saúde e no bem-estar dos indivíduos, nas diferentes fases do ciclo de vida. Corroborando esta ideia, Ferreira (2008) e Ferreira (2011) acrescenta que o enfermeiro do centro de saúde deve focar-se na saúde da comunidade, dada a posição favorável e única em que se encontra para promover a saúde dos adolescentes, individualmente ou em grupo.

O enfermeiro deve em primeiro lugar reconhecer e identificar características da adolescência, de modo a que as suas intervenções satisfaçam as necessidades de saúde dos adolescentes. Deverá, igualmente, conhecer e avaliar a adesão a comportamentos de risco, para assim planear intervenções de prevenção adaptadas e adequadas a esta população (OE, 2010; 2010a; Reinaldo *et al.*, 2010; Santos, 2009). A sua orientação e intervenção devem assentar numa visão holística, tendo em conta os diversos contextos de vida que influenciam os adolescentes, visando promover estilos de vida saudáveis (Carvalho e Carvalho, 2006; França, 2009; Monteiro e Rodrigues, 2009).

Todas as atividades de prevenção primária visam ganhos em saúde a longo prazo, quando efetivamente existem intervenções a nível de: *“Promoção das relações parentais; Estilos de vida saudáveis; Prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência; Apoio à saúde mental; Relações saudáveis e planeamento familiar; e Serviços de saúde adequados ao adolescente”* (PNS, 2011-2016b, p. 5). A prevenção pode ser realizada em diversos contextos e dirigida a grupos específicos. A vulnerabilidade que as crianças e os adolescentes apresentam, faz com que sejam considerados grupos ideais para os programas de prevenção, que tenham como objetivo a promoção do desenvolvimento, especialmente em contexto escolar (Breda, 2010; Simões, 2007).

É na escola que é possível intervir de forma organizada, abrangendo um grande número de adolescentes, dado que é onde estes passam grande parte do seu tempo e onde se encontram os adolescentes em idade de maior risco para o início do consumo de substâncias (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009; Fontes, 2007;

Matos, 2008; Monteiro e Rodrigues, 2009; Precioso e Taveira, 2007; Sampaio, 2006; Simões, 2007; Sousa, 2008).

A escola é promotora de saúde, quando procura/incentiva estilos de vida saudáveis. Deve procurar reduzir ou minimizar riscos e criar ambientes saudáveis que promovam o desenvolvimento dos estudantes e de toda a comunidade envolvente (Breda, 2010; Costa, 2008; Costa, 2009; Gonçalves, Carvalho e Rodrigues, 2009; Loureiro e Miranda, 2010; Precioso e Taveira, 2007; Vieira *et al.*, 2008).

A prevalência dos consumos, associada às idades de iniciação, sugere que as intervenções de prevenção privilegiem maior envolvimento de estudantes do sexo masculino, aconteçam antes dos 12-13 anos e tenham continuidade no 3º ciclo e ensino secundário (Carvalho *et al.*, 2007).

O PNSE (2007) salienta a necessidade de capacitar os adolescentes como intervenientes na mudança, dado que a promoção da saúde na escola se deve desenvolver como uma prioridade de todos os governos, faz, também, alusão às Equipas de Saúde Escolar, como elos essenciais na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo, desse modo, para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e a longo prazo.

A EpS, em contexto escolar desenhada, estruturada e desenvolvida com base nas necessidades identificadas nos adolescentes, é eficaz na aquisição de conhecimentos e competências que os tornam menos vulneráveis ao risco (Ferreira, 2008; Fontes, 2007).

O trabalho do enfermeiro que promove ações de EpS em contexto escolar passa por motivar e aconselhar os adolescentes para a aquisição de estilos de vida saudáveis. Tal implica dotá-los com conhecimentos e habilidades necessários à construção de uma vida com qualidade, com influências positivas, promovendo um desenvolvimento equilibrado, com o propósito de reduzir a mortalidade e morbilidade, que a evidência científica relata, devida aos consumos do tabaco e de álcool (Cavalcante, Alves e Barroso, 2008; Czeresnia e Freitas, 2004; Ferreira, 2011; França, 2009; Hingson, Zha e Weitzman, 2009; OE, 2010; Oliveira, 2010; Precioso e Taveira, 2007). Deve ainda, ensinar os adolescentes a desenvolverem capacidades que lhes permitam resistir à pressão do grupo de pares no envolvimento em comportamentos de risco, facilitar o processo de reconhecimento da necessidade de mudança, sensibilizar para a diminuição dos comportamentos mais nocivos para a saúde e suas consequências, disponibilizar informação que permita reflexões autónomas, levando a escolhas saudáveis (Dowdell, 2006; Fernandes *et al.*, 2010; Ferreira, 2011; PNS, 2009; Ribeiro, 2005).

O enfermeiro deve, portanto, conhecer o perfil dos adolescentes que consomem substâncias, pois tal facilita a compreensão desses hábitos e ajuda a planejar ações de carácter preventivo com maior eficácia e ajustadas à população alvo (Costa, 2008; Reinaldo *et al.*, 2010; Santos, 2009). Criar condições para que os adolescentes se tornem mais responsáveis e autónomos em relação à sua saúde e capazes de promover a sua qualidade de vida. É também importante estabelecer uma comunicação baseada na empatia e na confiança, onde prevaleça acima de tudo o respeito, a privacidade, a confidencialidade e a autonomia de cada adolescente, para que haja resultados e ganhos em saúde (Bernal, 2010; Kurashima e Santos, 2010).

Todas as intervenções que visem a prevenção ou redução dos consumos de substâncias na escola, devem articular-se com os serviços de saúde e o poder local, de forma a definir, em conjunto, estratégias para ajudar a solucionar problemas (Loureiro e Miranda, 2010). Também, conforme o PNS (2011-2016a) nos indica, a cidadania em saúde *“exige a intervenção e articulação de todos os sectores, de modo concertado e articulado. E a capacitação do cidadão é um processo que se desenvolve ao longo da vida, no contexto da família, da escola, da universidade, do local de trabalho, da comunidade e dos serviços de saúde”* (p. 12).

A EpS é uma atividade de extrema importância para a promoção da saúde e prevenção da doença, tendo sido identificada, por pais e professores, como uma atividade de ganhos para a saúde individual e coletiva (Breda, 2010; Ribeiro, 2008).

Num estudo levado a cabo por Gonçalves, Carvalho e Rodrigues (2009), foram analisados os níveis de abordagem que são feitos ao álcool, ao tabaco e às outras drogas nos manuais escolares; as opiniões dos professores e dos alunos sobre os programas e manuais escolares, no domínio da problemática destes consumos; a perceção que têm os professores e que avaliações fazem os alunos acerca das abordagens realizadas em contexto escolar. Os autores referem que o consumo de álcool e tabaco são temas abordados nos programas e manuais escolares. Contudo, professores e alunos têm um parecer negativo em relação aos programas e manuais escolares, e, também, sobre as abordagens realizadas em contexto escolar. Por outro lado, ambos têm um parecer positivo no que diz respeito ao texto e imagem, referindo que concordam que a mensagem deve ter uma abordagem *“intimidatória, chocante e até coerciva”* (p.2) de modo a evidenciar os graves problemas físicos, psicológicos e sociais, resultantes do consumo destas substâncias.

Na adolescência os fatores de risco, assim como, os de proteção, estão presentes em variadíssimos contextos frequentados pelos adolescentes. A promoção de fatores de proteção deverá assentar na essência da intervenção, bem como, nos contextos de vida e nos seus intervenientes. Assim, a EpS deve ter como finalidade, reduzir o impacto dos fatores de risco, promovendo as capacidades individuais e sociais dos adolescentes. Deve ser direccionada também à família, escola e comunidade, pois estas influenciam os comportamentos e servem-lhe de modelo (Breda, 2010; Carvalho, 2010; Cavalcante, Alves e Barroso, 2008; Costa, 2008; Costa, 2009; Gaspar *et al.*, 2008; Oliveira, 2010; Santana e Negreiros, 2008; Vieira *et al.*, 2008).

O papel do enfermeiro é fundamental no *empowerment* nos adolescentes, promovendo, tão precocemente quanto possível, competências pessoais e sociais, quer nos próprios, como na família, articulando todos os recursos humanos e institucionais disponíveis na comunidade, que lhes permitam mudança de determinados comportamentos e escolhas de vida saudáveis. Permitir a melhoria da saúde e um desenvolvimento sadio nos adolescentes, a nível psicossocial, emocional e intelectual, *“é um dos investimentos mais importantes que a sociedade pode fazer pois minimiza o risco do seu envolvimento em comportamentos desviantes”* (Santos, 2009, p. 153).

### 3 - DESENHO DO ESTUDO

A investigação é fundamental para o desenvolvimento da profissão, pois os seus resultados permitem que os enfermeiros tomem decisões baseadas na evidência, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados e a otimização dos resultados em saúde. A investigação em Enfermagem pretende dar respostas às necessidades da população ou grupos, às condições de trabalho e fundamentar a prática baseada na evidência, através de uma prática reflexiva (Craig e Smyth, 2004; Nieswiadomy, 2010).

A Enfermagem, assim como, qualquer outra disciplina do conhecimento, tem necessidade de produzir e renovar de forma contínua os seus conhecimentos. O artigo 88º, alínea a) do Código Deontológico, salienta como dever do profissional de enfermagem, com vista à excelência do exercício *“analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude e comportamentos”* (OE, 2009, p. 5).

Qualquer estudo de investigação tem início com um problema que o investigador gostaria de explicar, com uma questão que ele gostaria de responder, ou com uma situação que necessita de uma resolução e/ou modificação (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004). Nesta fase do trabalho, o investigador determina os métodos que vai utilizar para dar respostas à questão de investigação formulada.

Um dos eixos prioritários de investigação definidos pela OE (2006) contempla a EpS na aprendizagem de capacidades, ou seja, a realização de estudos que promovam programas de intervenção, nomeadamente nos estilos e qualidade de vida da população.

Na atualidade, os comportamentos de risco nos adolescentes, e particularmente o consumo de tabaco e álcool estão entre as principais causas de morbilidade, mortalidade e problemas sociais na adolescência, além de ser um grave problema de saúde pública. Existem vários motivos que nos levam a estudar esta temática, sendo que a formulação do problema para esta investigação partiu

de uma inquietação pessoal e profissional. Essa foi baseada na realidade observada e vivenciada em contexto da prática de cuidados, na preocupação revelada por outros profissionais, em particular os da área de educação.

Sendo assim, são vários os argumentos que fundamentam esta investigação e que vão de encontro às conclusões de vários estudos científicos: as principais causas de morbilidade e mortalidade são evitáveis e estão associadas a comportamentos de risco, que se iniciam no período da adolescência e que por vezes permanecem na vida adulta; os adolescentes envolvem-se em comportamentos de risco que influenciam a sua saúde, tanto a curto como a longo prazo; o contexto escolar é privilegiado, para planear sessões de EpS; os comportamentos dos adolescentes são influenciados pela família, pelo grupo de pares e pelos diferentes contextos em que estes se movimentam; e, as investigações que envolvem adolescentes podem ser benéficas para estes, tanto individualmente como em grupo.

Considerando o domínio da investigação, o presente estudo situa-se no paradigma de investigação quantitativa, de natureza exploratória e descritiva.

Um estudo exploratório *“procura conhecer melhor os fenómenos em estudo (...) tentando indagar as características dos conhecimentos ou situações. Explora-se uma determinada realidade por pouco que se conheça sobre ela”* (Oliveira, 2002, p. 15). Pretende obter mais informação acerca das características da população em estudo, e assim, proceder à caracterização de fatores determinantes que possam associar-se ao fenómeno.

A investigação descritiva tem por objetivo *“descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”* (Fortin, 2009, p. 34). Consiste numa recolha constante de dados numa amostra representativa de uma população determinada, visa conseguir uma explicação do problema com a maior quantidade de pormenores possíveis (Oliveira, 2009). Neste estudo, a investigação exploratória e descritiva pretende caracterizar os hábitos de consumo de tabaco e álcool dos adolescentes e conhecer a nossa realidade.

A abordagem do estudo relativamente ao tempo é do tipo transversal, pois inclui a colheita de dados num ponto do tempo e o seu objetivo passa por, avaliar a frequência de um acontecimento e dos seus fatores de risco numa dada população, sendo a recolha de dados efetuada unicamente em cada indivíduo da amostra (Fortin, 2009; Oliveira, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Ao longo deste capítulo, são abordadas as questões metodológicas que nos serviram de fio condutor para a realização desta investigação.

### 3.1 - Questão de Partida e Objetivos da Investigação

A questão de investigação é uma “*pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe*” (Fortin, 2009, p. 72-73), orienta o estudo e constitui a base do desenho da investigação. Deve ser pertinente e real, contribuir para o crescimento da evolução da investigação científica e ter um carácter compreensivo ou explicativo (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Pretendemos com esta investigação responder à seguinte questão de partida:

- ✓ Quais os hábitos de consumo de tabaco e de álcool dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro?

Os objetivos de um estudo sugerem o porquê da investigação, são caracterizados como enunciados, que especificam a orientação da investigação, pois esclarecem a intenção do investigador e o percurso que este pretende realizar (Fortin, 2003; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Esta investigação pretende realizar um diagnóstico de situação, que nos permita intervir, com maior eficácia, junto dos adolescentes. Resulta, assim, como finalidade deste trabalho, a elaboração de um projeto de EpS a colocar na prática em parceria com a UCC do CS de Mogadouro e a Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro, visando obter ganhos em saúde nesta população.

De forma a determinar o que se pretende estudar e a orientar esta investigação, definimos os seguintes objetivos:

- ✓ Caracterizar o consumo de tabaco dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro;
- ✓ Caracterizar o consumo de álcool dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro;
- ✓ Identificar se os adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro têm informação acerca dos malefícios do álcool;
- ✓ Identificar se os adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro têm informação acerca dos malefícios do tabaco;

- ✓ Identificar quem ministra a informação acerca dos malefícios do álcool, aos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro;
- ✓ Identificar quem ministra a informação acerca dos malefícios do tabaco, aos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro;
- ✓ Identificar o local onde é ministrada a informação acerca dos malefícios do álcool, aos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro;
- ✓ Identificar o local onde é ministrada a informação acerca dos malefícios do tabaco, aos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro;
- ✓ Identificar necessidades de educação para a saúde dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro.

### 3.2 - População

A população de um estudo pode ser definida como um conjunto de elementos que fazem parte de um todo. Há uma compilação de dados ou de indivíduos que têm características comuns, determinadas por um conjunto de normas, com interesse para o estudo do investigador e que definem o grupo para o qual os resultados podem ser generalizados (Fortin 2003; Nieswiadomy, 2010; Polit Beck e Hungler, 2004; Quivy e Campenhoudt, 2008).

A caracterização da população alvo é feita pelo investigador. Este estabelece critérios de seleção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho.

No nosso estudo definimos como critérios de inclusão:

- ✓ Ter entre os 10 e os 19 anos de idade;
- ✓ Obter consentimento informado assinado pelos pais/encarregados de educação, ou pelos adolescentes quando maiores de 18 anos.

Considerando os nossos objetivos, a população para o nosso estudo é constituída pelo universo de estudantes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro, do Ensino Regular - 2º ciclo do Ensino Básico (ou seja, 5.º e 6.º anos



de escolaridade); 3º ciclo do Ensino Básico (ou seja, 7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade); Ensino Secundário (ou seja, 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade); Ensino em Alternância - Novas Oportunidades, onde se incluem os Cursos de Educação e Formação (CEF) (ou seja, 8º e 9º anos de escolaridade) e os Cursos Profissionais (CPROF) (ou seja 10º, 11º e 12º anos de escolaridade).

Não houve necessidade de identificar uma amostragem, dado a população ser conhecida, ser pouco extensa (630 indivíduos), ter a possibilidade de ser estudada integralmente e ser finita. Entende-se por amostragem “*o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada*” (Fortin, 2003, p. 213). Nesta investigação achámos, então, que seria pertinente estudar toda a população.

A obtenção de consentimentos informados com a devida autorização para o estudo, não coincidiu com o número de elementos que constituíam a população. Sendo assim, a população foi constituída pelos adolescentes que aceitaram participar na investigação e que entregaram o consentimento para o poderem integrar, devidamente assinado, num total de 441.

### 3.3 - Considerações Éticas

Qualquer investigação deve ter em consideração o respeito e a dignidade pelos direitos do ser humano, acima de tudo, protege-lo, preservá-lo, orientando-o pelo princípio de fazer o bem. À investigação em Enfermagem, aplicam-se os princípios universais da ética, que compreendem a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (Ferreira e Dias, 2005; Fortin, 2009; Martins, 2008).

Estes princípios éticos foram para nós, uma preocupação constante, respeitando-se os direitos dos participantes envolvidos ao longo de toda esta investigação. Assim, inicialmente foi solicitada autorização ao Diretor do Agrupamento de Escolas de Mogadouro, para a realização da investigação, explicitando a informação relativa ao estudo. Obtivemos parecer favorável (Anexo I).

Os adolescentes constituem a população desta investigação, e como a maioria é menor de idade, foi mandatária a obtenção do consentimento

informado, dos pais/encarregados de educação, tendo sido enviado um pedido em que se explicavam os objetivos e a finalidade do estudo e se solicitava a respetiva autorização, por escrito, para a participação do seu filho/educando (Anexo II).

O consentimento informado permite que os participantes tenham informações adequadas em relação ao estudo e que tenham o poder de livre escolha, para participar voluntariamente na investigação ou recusar a sua participação (Polit Beck e Hungler, 2004).

O instrumento de recolha de dados para esta investigação foi um questionário, baseado no de Ferreira (2008), e foi por nós utilizado após o devido pedido de autorização (Anexo III) e respetivo consentimento da autora (Anexo IV).

Após este percurso, serão dados a conhecer os resultados à instituição implicada nesta investigação, bem como, aos adolescentes, respetivos pais e encarregados de educação.

### **3.4 - Instrumento de Colheita de Dados**

Na presente investigação foi utilizado o questionário como instrumento de recolha de dados. O questionário é *“um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões”* (Fortin, 2009, p. 380). Visa recolher dados, acerca de factos ou situações conhecidas de atitudes, crenças, saberes, sentimentos e ideias.

Utilizámos um questionário de autopreenchimento (Anexo V), que nos permitiu uma caracterização dos comportamentos de risco dos adolescentes da nossa população, constituído por perguntas, fechadas, abertas e mistas. Encontrase dividido em três partes. A primeira inclui questões que pretendem colher os dados necessários para a caracterização sócio - demográfica e familiar (Questão 1 à 19); a segunda as questões destinadas à obtenção de informação sobre os comportamentos de risco dos adolescentes em relação ao consumo de tabaco (Questão 20 à 33) e de álcool (Questão 34 à 44). E, a terceira parte abrange questões que visam a identificação de necessidades de educação para a saúde relacionadas com o álcool e o tabaco (Questão 45 à 52).

A finalidade do investigador num estudo exploratório e descritivo é obter maior quantidade de informação de modo a explorar e abranger diferentes

aspectos do fenómeno. A escolha de um questionário, como instrumento de recolha de dados, deve-se, principalmente ao facto de se pretender obter maior honestidade nas respostas, pois permite que os participantes permaneçam anónimos. Isto é particularmente relevante na nossa investigação, dado que as questões colocadas abordam temáticas sensíveis e da vida pessoal dos inquiridos. Outra vantagem que este tipo de instrumento apresenta é ser um meio rápido e geralmente económico de obter dados, elementos e informações de um grande número de inquiridos (Nieswiadomy, 2010).

Em investigação para se verificar se o instrumento de recolha de dados a utilizar está formulado de forma clara e objetiva, no que respeita à pertinência e compreensão das questões, é necessário recorrer a um pré-teste. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) o pré-teste é *“um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas”* (p. 254). Assim, o questionário foi aplicado inicialmente a uma amostra de 30 adolescentes, com características idênticas aos participantes do nosso estudo, embora aplicado numa Escola de outro concelho. Os adolescentes foram questionados se tinham dúvidas acerca das questões que constituíam o questionário e se estas estavam perceptíveis, ou sujeitas a alguma modificação. Após uma análise dos questionários, bem como, a opinião manifestada pelos adolescentes, não houve necessidade de reformular ou alterar qualquer questão. Constatou-se assim, que o instrumento de colheita de dados estava objetivo, claro e simples.

### **3.5 - Metodologia de Recolha de Dados**

A colheita de dados foi efetuada em abril/maio de 2011. Houve necessidade de prolongar o tempo de espera para se conseguir a obtenção de um maior número de consentimentos informados. Na tentativa de se alcançar esse objetivo, reuniu-se com o Diretor do Agrupamento de Escolas e com os Diretores de turma, com os pais e encarregados de educação e com o Presidente da associação de estudantes. Nessa reunião foi dado conhecimento sobre os objetivos e finalidade da investigação, bem como, foi solicitado, que não se esquecessem, caso concordassem com o estudo, em assinar a declaração de consentimento informado.

Os consentimentos informados foram recolhidos previamente com o Diretor de turma, tendo este conhecimento dos alunos que não participariam no estudo. O questionário foi aplicado em sala de aula, com duração de 20 minutos. O preenchimento deste foi supervisionado pelos Diretores de turma, aos quais foi dirigido um documento relativo aos procedimentos para a sua aplicação. Foram dadas informações referentes à finalidade da investigação e garantida a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes, bem como, a liberdade de participar ou recusar no estudo.

### 3.6 - Variáveis do Estudo

Após a revisão da literatura realizada, identificou-se um conjunto de variáveis significativas para a temática em estudo. As variáveis são consideradas as unidades de base da investigação. Estas são *“qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo”* (Fortin, 2009, p. 171).

No nosso estudo foram identificados dois tipos de variáveis: as independentes e as dependentes. A independente surge como contributo, causa ou elemento determinante da dependente, permitindo descrever ou explicar as suas características (Fortin, 2009). Desta forma, definiram-se 14 variáveis que caracterizam o grupo (quadro 1).

QUADRO 1 - Variáveis de caracterização do grupo

Variável	Tipo Variável	Questão	Tipo Questão
Idade	Quantitativa	1	Aberta
Género	Qualitativa Nominal	2	Fechada
Residência	Qualitativa Nominal	3	Aberta
Ano de Escolaridade	Quantitativa	4	Aberta
Tipo de Ensino	Qualitativa Nominal	5	Fechada
Expetativas Futuras	Qualitativa Nominal	11	Fechada
Grupo de Amigos	Qualitativa Nominal	12	Fechada
Constituição do Grupo Amigos	Qualitativa Nominal	13	Mista
Companhia nos Tempos Livres	Qualitativa Nominal	14	Mista
Tipologia Ocupação dos Tempos Livres	Qualitativa Nominal	15	Mista
Gosto Pela Vida	Qualitativa Ordinal	16	Fechada
Problemas na Vida	Qualitativa Ordinal	17	Fechada
Interesse da Família pelos Problemas	Qualitativa Ordinal	18	Fechada
Interesse dos Amigos pelos Problemas	Qualitativa Ordinal	19	Fechada

Definiram-se 6 variáveis para caracterizar o contexto sociofamiliar (quadro 2).

QUADRO 2 - Variáveis de caracterização sociofamiliar

Variável	Tipo Variável	Questão	Tipo Questão
Constituição da Família	Qualitativa Nominal	6	Fechada
Motivo porque não vive com os Pais	Qualitativa Nominal	7	Aberta
Profissão do Pai	Qualitativa Nominal	8	Aberta
Profissão da Mãe	Qualitativa Nominal	9	Aberta
Habilitação Literária do Pai	Qualitativa Ordinal	10	Fechada
Habilitação Literária da Mãe	Qualitativa Ordinal	10	Fechada

A variável dependente é aquela que o investigador tem interesse em explicar, compreender ou prever, e que sofre o efeito da variável independente. Na nossa investigação, existem três grupos de variáveis dependentes: as que caracterizam o consumo de tabaco, o consumo de álcool e a educação para a saúde. São 14 as variáveis que caracterizam o consumo de tabaco (quadro 3).

QUADRO 3 - Variáveis de caracterização do consumo de tabaco

Variável	Tipo Variável	Questão	Tipo Questão
Consumo Tabaco	Qualitativa Nominal	20	Fechada
Consumo Diário de Cigarros	Quantitativa	21	Aberta
Idade de Início de Consumo	Quantitativa	22	Aberta
Motivo Iniciação Consumo	Qualitativa Nominal	23	Aberta
Tempo Tentativa Deixar Fumar	Qualitativa Nominal	24	Aberta
Duração Tentativa Deixar Fumar	Qualitativa Nominal	25	Aberta
Motivo de Recaída	Qualitativa Nominal	26	Aberta
Desejo de Deixar de Fumar	Qualitativa Nominal	27	Fechada
Desejo de Reduzir Consumo	Qualitativa Nominal	28	Fechada
Conhecimento dos Pais acerca de Fumar	Qualitativa Nominal	29	Fechada
Autorização dos Pais Para Fumar	Qualitativa Nominal	30	Fechada
Fuma em Casa	Qualitativa Nominal	31	Fechada
Maioria dos Amigos Fumam	Qualitativa Nominal	32	Fechada
Familiares consumidores de Tabaco	Qualitativa Nominal	33	Mista

O grupo de variáveis que caracteriza o consumo de álcool é constituído por 11 variáveis (quadro 4).

QUADRO 4 - Variáveis de caracterização do consumo de álcool

Variável	Tipo Variável	Questão	Tipo Questão
Consumo Álcool	Qualitativa Nominal	34	Fechada
Idade de Início de Consumo	Quantitativa	35	Aberta
Bebidas de Consumo Habitual	Qualitativa Nominal	36	Aberta
Local de Consumo	Qualitativa Nominal	37	Aberta
Companhia de Consumo	Qualitativa Nominal	38	Aberta
Episódio de Embriaguez	Qualitativa Nominal	39	Fechada
Desejo em Deixar de Beber	Qualitativa Nominal	40	Mista
Conhecimento dos Pais acerca de Beber	Qualitativa Nominal	41	Fechada
Amigos Consumidores de Álcool	Qualitativa Nominal	42	Fechada
Familiares Consumidores Álcool	Qualitativa Nominal	43	Fechada
Efeito do Consumo de Álcool	Qualitativa Ordinal	44	Fechada

O grupo de variáveis que caracterizam a educação para a saúde é constituído por 13 variáveis (quadro 5).

QUADRO 5 - Variáveis de caracterização da educação para a saúde

Variável	Tipo Variável	Questão	Tipo Questão
Informação Malefícios Álcool Na Escola	Qualitativa Nominal	45	Mista
Agente de Informação Malefícios Álcool	Qualitativa Nominal	45	Mista
Local de Informação Malefícios Álcool	Qualitativa Nominal	45	Mista
Informação Malefícios Tabaco na Escola	Qualitativa Nominal	45	Mista
Agente de Informação Malefícios Tabaco	Qualitativa Nominal	45	Mista
Local de Informação Malefícios Tabaco	Qualitativa Nominal	45	Mista
Desejo Obter Informação Álcool	Qualitativa Nominal	46	Mista
Desejo Obter Informação Tabaco	Qualitativa Nominal	47	Mista
Desenvolvimento Trabalho Álcool/Tabaco	Qualitativa Nominal	48	Fechada
Desejo Local Privado Falar Álcool/Tabaco	Qualitativa Nominal	49	Fechada
Conhecimento GIAA	Qualitativa Nominal	50	Fechada
Ida ao GIAA	Qualitativa Nominal	51	Fechada
Motivo da ida ao GIAA	Qualitativa Nominal	52	Aberta

### 3.7 - Operacionalização das Variáveis

Na operacionalização das variáveis, estas têm que ser categorizadas de forma a serem trabalhadas numa dada situação de investigação (Fortin, 2009).

No presente trabalho, a idade dos adolescentes foi categorizada em três fases da adolescência: a inicial, dos 10 aos 13 anos; a intermédia, dos 14 aos 16 anos; e a final, dos 17 aos 19 anos (Bekaert, 2005). A família em: nuclear; mista; alargada; monoparental e outra (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

A profissão dos pais dos adolescentes foi categorizada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010) da seguinte forma: Profissões das forças armadas; Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Técnicos e profissões de nível intermédio; Pessoal administrativo; Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e floresta; Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; e Trabalhadores não qualificados.

A habilitação literária dos pais tem as seguintes classificações: curso superior; ensino secundário; terceiro ciclo do ensino básico; segundo ciclo do ensino básico; primeiro ciclo do ensino básico e sem escolaridade.

O Tipo de bebidas que os adolescentes consomem foi codificado inicialmente em quatro categorias: vinho; cerveja; bebidas destiladas; e alcopops (Feijão, 2010). Procedeu-se, posteriormente, a uma nova recodificação e juntaram-se as categorias bebidas destiladas e alcopops, dado que ambas possuem alto teor alcoólico. Assim, ficaram três categorias: vinho; cerveja; bebidas destiladas e alcopops.

### 3.8 - Tratamento dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 para o Windows.

Os dados recolhidos foram analisados através da estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão e, numa fase posterior, através da estatística inferencial e foram apresentados sobre a forma de tabelas e gráficos.

Para as variáveis categóricas ou qualitativas foram descritas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.

As medidas de tendência central são *“procedimentos estatísticos que descrevem a modalidade ou o valor mais frequente numa dada série, cuja característica é situar-se ao centro de uma distribuição”* (Fortin, 2009, p. 419). Estas medidas compreendem a moda, a mediana e a média.

As medidas de dispersão ou de variabilidade verificam as diferenças individuais entre os elementos de uma amostra, indicam também a forma como os resultados se distribuem em função da média (Fortin, 2009). Estas medidas compreendem a amplitude de variação, a variância, o desvio padrão e o coeficiente de variação.

A estatística inferencial permite *“destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra”* (Fortin, 2009, p. 440). Na análise inferencial, foi usado o teste de independência do Qui-quadrado para

analisar a associação entre variáveis categóricas, utilizando um nível de confiança de 95% com aplicação do método de simulação Monte Carlo, quando os pressupostos da aplicação do teste não se verificaram.

Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de  $p < 0,05$ .

Para a análise das questões abertas, recorreu-se à análise de conteúdo, tendo sido criadas categorias, face às respostas obtidas dos participantes, registando para cada uma delas as respetivas unidades de registo e posteriormente, foram calculadas as frequências absolutas e relativas.



## 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo será feita uma apresentação e análise dos dados, atendendo aos objetivos da nossa investigação e aos resultados obtidos através da aplicação do questionário. Para a apresentação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas, gráficos e figuras, utilizando frequências absolutas (n) e relativas (%).

### 4.1 - Caracterização da População

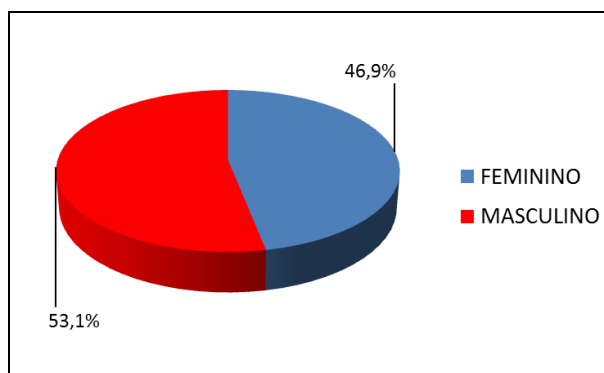
A população do estudo foi constituída por 441 adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos, sendo a média de 14,5 anos, com um desvio-padrão (DP) de 2,5 anos. As idades mais representadas na nossa população são os 13 (12,9%; n=57) e os 16 anos (13,2%; n=58) (tabela 1). Agrupando a idade em classes etárias, 38,1% (n=169) dos participantes tem entre 10 e 13 anos; 37,0% (n=162) entre 14 e 16 anos e 24,9% (n=110) entre 17 e 19 anos.

TABELA 1 - Idade dos adolescentes

IDADE	n	%	ESTATÍSTICAS
10 Anos	19	4,3%	Mínimo = 10; Máximo = 19; Moda = 16; Mediana = 15; 1º Quartil = 12; 3º Quartil = 16,5; Média = 14,5; DP = 2,5.
11 Anos	45	10,2%	
12 Anos	47	10,7%	
13 Anos	57	12,9%	
14 Anos	52	11,8%	
15 Anos	53	12,0%	
16 Anos	58	13,2%	
17 Anos	54	12,2%	
18 Anos	38	8,6%	
19 Anos	18	4,1%	
TOTAL	441	100,0%	

Os adolescentes que participaram no estudo são maioritariamente (53,1%; n=234) do sexo masculino (gráfico 1). O grupo etário com 17-19 anos é o que apresenta maior proporção de estudantes do sexo masculino (62,7%; n=69), enquanto o dos 14-16 anos apresenta maior percentagem de adolescentes do sexo feminino (50,6%; n=82), e o dos 10-13 anos é, também, maioritariamente composto por participantes do sexo masculino (50,3%; n=85).

GRÁFICO 1 - Género dos adolescentes



Relativamente à residência dos adolescentes, verificou-se que a maioria (57,3%; n=248) reside na freguesia de Mogadouro. Das freguesias com mais de 10 adolescentes inquiridos destacam-se Meirinhos (5,1%; n=22); Bemposta (4,8%; n=21); Azinhoso (2,8%; n=12); Castelo Branco (2,5%; n=11) e Remondes (2,5%; n=11). Não participaram no estudo adolescentes residentes nas freguesias de Peredo de Bemposta e Travanca. Podemos verificar ainda, que 3,0% (n=13) dos estudantes residem noutros concelhos e que desconhecemos o local de residência de 1,8% (n=8) por não terem respondido à referente questão (figura 1).

FIGURA 1 - Freguesias de residência dos adolescentes



Na distribuição dos adolescentes por tipo de ensino verificou-se que 82,4% (n=363) frequentam o Ensino Regular, enquanto 17,6% (n=78) cursam o Ensino em Alternância, dos quais 8,8% (n=39) são do CPROF e 8,8% (n=39) do CEF (tabela 2).

Quanto à distribuição etária em cada tipo de ensino, verificou-se que os adolescentes do Ensino Regular 46,3% (n=168) têm entre 10-13 anos; 38,8% (n=141) entre 14 e 16 anos e 14,9% (n=54) entre 17 e 19 anos. Os participantes que frequentam o Ensino em Alternância 7,7% (n=3) têm entre 14 e 16 anos e 92,3% (n=36) entre 17 e 19 anos. Destes, os que frequentam o CPROF e o CEF 48,7% (n=19) têm idades compreendidas entre 14 e 16 anos, 51,3% (n=20) entre 17 e 19 anos.

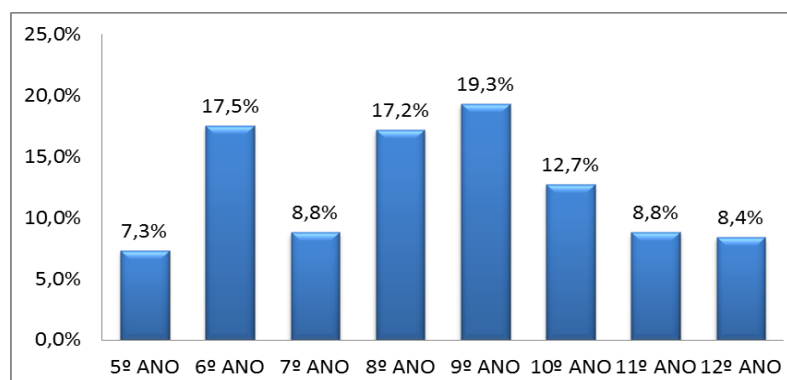
TABELA 2 - Tipo de ensino frequentado pelos adolescentes

TIPO ENSINO	n	%
Regular	363	82,4%
Em Alternância	CEF	8,8%
	CPROF	8,8%
TOTAL	441	100,0%

O ano de escolaridade varia entre o 5º e 12º ano, sendo o 9º ano o mais frequente (19,3%; n=85). Relativamente aos níveis de ensino, concluiu-se que 24,7% (n=109) frequentam o 2º ciclo, 45,4% (n=200) o 3º ciclo e 29,9% (n=132) cursam o Ensino Secundário (gráfico 2).

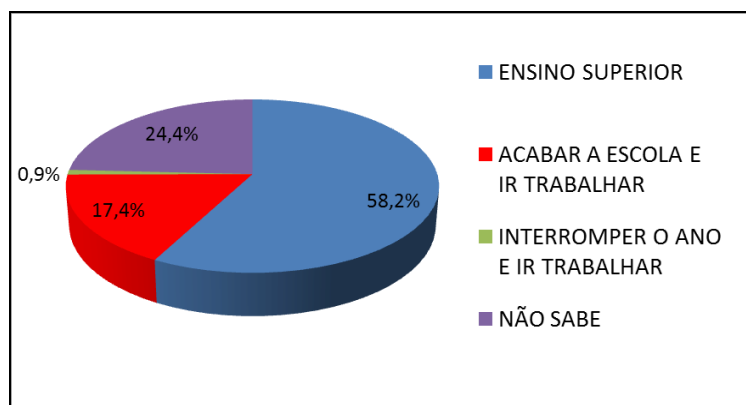
Dos adolescentes do 2º ciclo (5º e 6º anos) 95,4% (n=104) têm entre 10-13 anos e 4,6% (n=5) entre 14-16 anos; do 3º ciclo (7º, 8º e 9º anos) 32,0% (n=64) têm entre 10-13 anos, 54,5% (n=109) entre 14-16 anos e 13,5% (n=27) entre 17-19 anos; e dos que frequentam o ensino secundário, 37,1% (n=49) têm entre 14-16 anos e 62,9% (n=83) entre 17-19 anos.

GRÁFICO 2 - Ano de escolaridade frequentado pelos adolescentes



Quando questionados os participantes em relação aos planos e objetivos futuros, verificou-se que três adolescentes não responderam à questão. Dos 438 que formalizaram a sua resposta, a maioria (58,2%; n=255) ambiciona seguir o ensino superior, 17,4% (n=76) têm o desejo de acabar a escola e ir trabalhar, 0,9% (n=4) pretendem interromper o ano e ir trabalhar e 24,4% (n=103) não têm opinião formada sobre o assunto (gráfico 3).

GRÁFICO 3 - Objetivos futuros dos adolescentes



A maioria dos participantes (97,3%; n=429) tem um grupo de amigos. Este é constituído por colegas da turma (55,2%; n=237), por colegas da escola (62,2%; n=267), amigos da zona de residência (37,3%; n=160) e por outras pessoas (9,6%; n=41), das quais se destacam familiares (n=3), amigos diversos (n=14), amigos de fora (n=13), amigo do ensino superior (n=1) e sem especificação (n=10) (tabela 3). Face a estes resultados podemos concluir que para alguns adolescentes o grupo de amigos é constituído por mais do que um dos grupos identificados.

TABELA 3 - Constituição do grupo de amigos

GRUPO DE AMIGOS	n	%
Colegas da Turma	237	55,2
Colegas da Escola	267	62,2
Colegas da Zona de Residência	160	37,3
Outros	41	9,6
TOTAL	705	-----

Analisando os dados relativos à companhia habitual para sair nos tempos livres, verificou-se que seis adolescentes não responderam à questão. Das respostas obtidas (n=435), concluiu-se que os amigos são a companhia preferida (86,2%; n=375), apesar de os adolescentes também escolherem os pais (34,0%;

n=148), os irmãos (23,9%; n=104) e outras pessoas significativas (8,5%; n=37), das quais se salientam os avós, primos, tios e namorados.

Relativamente à companhia para sair nos tempos livres, obtiveram-se 664 respostas diferentes, o que significa que alguns referiram mais de uma companhia. De modo a criar uma tipologia da companhia dos tempos livres segundo clusters, procedeu-se à análise de clusters com recurso ao método de agregação Ward usando a distância Gower como medida de dissimilaridade entre os sujeitos. Foram retidos 3 clusters e realizada a sua caracterização, utilizando o teste de independência de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo (tabela 4).

TABELA 4 - Companhia dos adolescentes para os tempos livres segundo os clusters

CLUSTERS	C1	C2	C3	Teste de Qui-Quadrado
COMPANHIA	N=220	N=146	N=75	
Pais	0%(n=0)	72,6%(n=106)	56,0%(n=42)	$\chi^2=227,8$ g.l.=2; $p<0,001^{***}$
Irmãos	0%(n=0)	19,9%(n=29)	100,0%(n=75)	$\chi^2=312,0$ g.l.=2; $p<0,001^{***}$
Amigos	100%(n=220)	54,8%(n=80)	100,0%(n=75)	$\chi^2=156,8$ g.l.=2; $p<0,001^{***}$
Outros	0%(n=0)	25,3%(n=40)	0,0%(n=0)	$\chi^2=81,6$ g.l.=2; $p<0,001^{***}$

Para uma melhor compreensão e facilitação da leitura, usou-se a denominação C1, C2, C3, de forma a identificar os clusters para a companhia nos tempos livres. O cluster C1 tem 220 participantes (49,9%) e corresponde ao conjunto de adolescentes em que a companhia de saída para os tempos livres é constituída apenas pelos amigos. O cluster C2, com 146 participantes (33,1%), corresponde ao conjunto de adolescentes em que a companhia para os tempos livres são os pais (72,6%), os amigos (54,8%), os irmãos (19,9%) e outros (25,3%), dos quais são referidos outros familiares e namorados. O cluster C3 com 75 participantes (17,0%) identifica como companhia para os tempos livres, os amigos (100%), os irmãos (100%) e os pais (56,0%).

Quanto à ocupação dos tempos livres, obtiveram-se 2266 respostas assinaladas pelos 441 adolescentes. Verificou-se que 87,1% (n=384) referem ocupar o seu tempo livre na internet, 85,5% (n=377) a ver televisão, 77,8% (n=343) no computador, 77,6% (n=342) a praticar desporto, 65,8% (n=290) nos cafés e bares, 42,4% (n=187) a ler, 33,1% (n=146) nas discotecas, 32,7% (n=144) vão ao cinema e 12,1% (n=53) têm outras ocupações, das quais se salientam, estudar, brincar e ajudar os pais.

Relativamente à forma como os adolescentes ocupam os tempos livres, apurou-se que alguns deles têm mais do que uma ocupação. Assim, houve necessidade de criar uma tipologia para a ocupação dos tempos livres. Tendo-se recorrido à análise de clusters com recurso ao método de agregação Ward usando a distância Gower como medida de dissimilaridade entre os sujeitos (tabela 5).

TABELA 5 - Ocupação do tempo livre dos adolescentes segundo os clusters

CLUSTERS	O1	O2	O3	Teste de Qui-Quadrado
OCUPAÇÃO	N=121	N=241	N=79	
Desporto	85,1%(n=103)	66,4%(n=160)	100,0%(n=79)	$\chi^2=44,1$ g.l.=2; p<0,001***
Leitura	78,5%(n=95)	26,1%(n=63)	36,7%(n=29)	$\chi^2=91,7$ g.l.=2; p<0,001***
Televisão	100,0%(n=121)	73,4%(n=177)	100,0%(n=79)	$\chi^2=62,1$ g.l.=2; p<0,001***
Computador	100,0%(n=121)	59,3%(n=143)	100,0%(n=79)	$\chi^2=104,6$ g.l.=2; p<0,001***
Internet	100,0%(n=121)	76,3%(n=184)	100,0%(n=79)	$\chi^2=54,3$ g.l.=2; p<0,001***
Cinema	52,9%(n=64)	17,0%(n=41)	49,4%(n=39)	$\chi^2=59,4$ g.l.=2; p<0,001***
Cafés, Bares	53,7%(n=65)	60,6%(n=141)	100,0%(n=79)	$\chi^2=51,8$ g.l.=2; p<0,001***
Discotecas	0,0%(n=0)	27,8%(n=67)	100,0%(n=79)	$\chi^2=222,6$ g.l.=2; p<0,001***
Outras	0,0%(n=0)	19,5%(n=47)	7,6%(n=6)	$\chi^2=30,8$ g.l.=2; p<0,001***

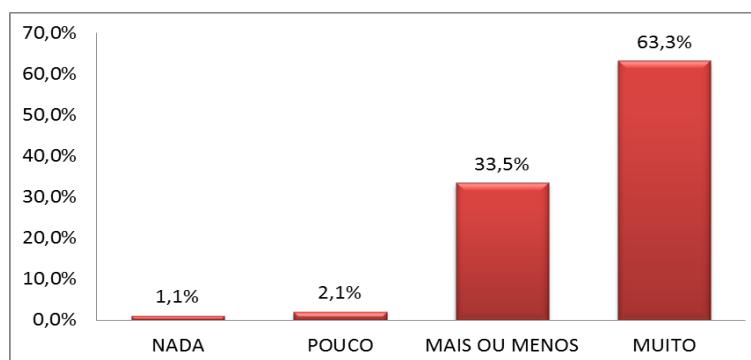
Foram retidos 3 clusters e para a sua caracterização, atendeu-se às variáveis em estudo e utilizou-se o teste de independência de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo (tabela 5). Para uma melhor compreensão usou-se a denominação O1, O2, O3, de forma a identificar os clusters.

Os clusters O1 e O3 são muito semelhantes na forma como ocupam o tempo livre, verificando-se que têm ocupações comuns, das quais: prática de desporto (85,1%; n=103 vs 100%; n=79, respetivamente), ver televisão (100% cada), jogar no computador (100% cada), navegar na internet (100% cada) e ir ao cinema (52,9%; n=64 vs 49,4%; n=39, respetivamente). Salientando a leitura em maior percentagem (78,5%; n=95) no cluster O1 e a frequência em cafés, bares e discotecas em maior percentagem (100%; n=79) para o cluster O3.

O cluster O2 corresponde a 241 adolescentes (54,6%) e verificou-se que praticam significativamente, em menor percentagem, as atividades realizadas pelos outros dois clusters (O1 e O3), contudo realizam outras atividades, tais como, estudar, brincar e ajudar os pais (19,5%; n=47).

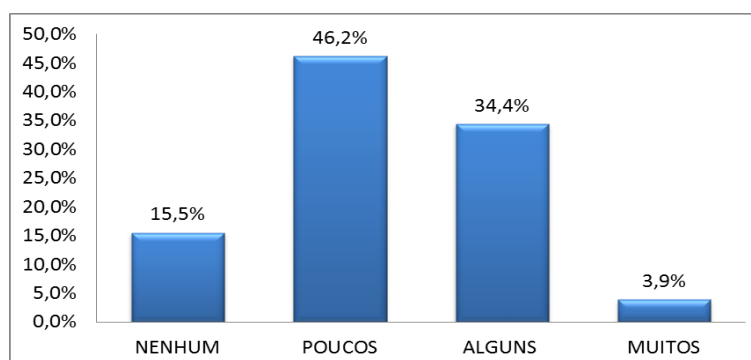
Quanto à opinião que os inquiridos revelam em relação ao gosto que têm pela vida (gráfico 4) 63,3% (n=278) referem que gostam muito da vida que têm, 33,5% (n=147) gostam mais ou menos, 2,1% (n=9) gostam pouco e 1,1% (n=5) não gostam nada, (0,5%; n=2 não responderam a esta questão).

GRÁFICO 4 - Opinião dos adolescentes sobre o gosto pela vida



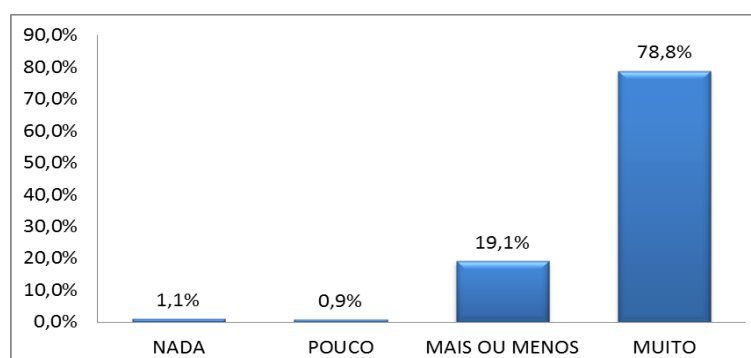
Ao questionarmos se os adolescentes acham que têm problemas na vida (gráfico 5) verificou-se que 15,5% (n=68) referem não ter qualquer problema, 46,2% (n=203) mencionam ter poucos problemas, 34,4% (n=151) alguns problemas e 3,9% (n=17) muitos problemas, (0,5 %; n=2 não responderam).

GRÁFICO 5 - Opinião dos adolescentes sobre os problemas na vida



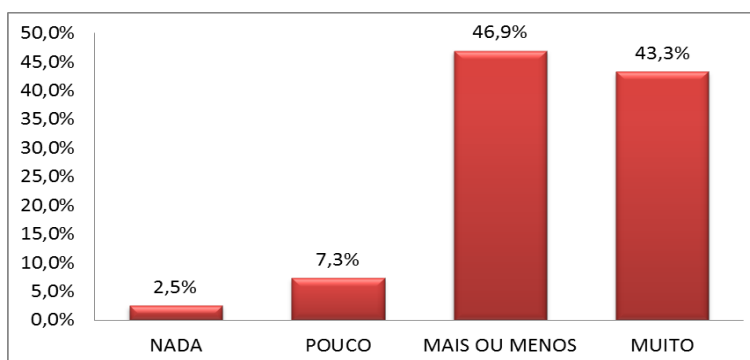
Quanto à opinião que os adolescentes têm sobre o interesse que a família tem pelos seus problemas (gráfico 6), observou-se que 78,8% (n=346) pensam que a família se preocupa muito, 19,1% (n=84) mais ou menos e 2,0% (n=9) preocupa-se pouco ou nada, (0,5%; n=2 não respondem ou não têm opinião formada sobre este assunto).

GRÁFICO 6 - Interesse da família pelos problemas dos adolescentes



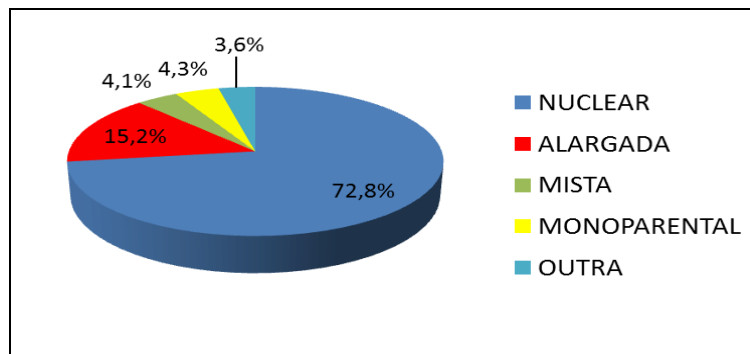
Relativamente aos amigos interessarem-se pelos seus problemas (gráfico 7) os participantes consideram que se preocupam muito (43,3%; n=190), mais ou menos (46,9%; n=206) e preocupam-se pouco ou nada sobre os mesmos (9,8%; n=43) e (0,5%; n=2 não responderam).

GRÁFICO 7 - Interesse dos amigos pelos problemas dos adolescentes



O tipo de família mais frequente é a nuclear (72,8%; n=321) sendo a mista (4,1%; n=18) e outra tipologia de família (3,6%; n=16) as menos comuns (gráfico 8).

GRÁFICO 8 - Tipo de família



Na nossa população os outros elementos que constituem as famílias do tipo alargados são na sua maioria os avós (95,5%; n=64) e em 16,4% (n=11) outros familiares (tios, primos e padrinhos). Concluiu-se que a família mista era constituída maioritariamente por um padrasto (77,8%; n=14), a monoparental pela mãe (84,2%; n=16) e em 15,8% pelo pai (n=3). Para a maioria dos adolescentes o agregado familiar é constituído pela mãe 96,8%, pelo pai 88,8% e pelos irmãos 67,0%. Outros elementos que integram o agregado familiar são os avós 17,8% e outros familiares 4,1%. A existência de padrasto ou madrasta verificou-se em 3,9% e 0,5% dos casos estudados, respetivamente.



Dos 55 adolescentes que não vivem com ambos os progenitores 73,5% (n=25) apontam a separação ou o divórcio dos pais como o principal motivo, 5,9% (n=2) referem o abandono, 8,8% (n=3) o trabalhar no estrangeiro, 11,8% (n=4) por falecimento de um dos progenitores (21 participantes não responderam).

Quanto à profissão exercida pelos pais (tabela 6), os grupos profissionais paternos que se destacam são os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (27,8%; n=101), e agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e floresta (22,3%; n=81), havendo 13 pais desempregados e 7 reformados. No caso materno, os grupos que se evidenciam mais são o pessoal dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (38,6%; n=81), e as especialistas das atividades intelectuais e científicas (18,1%; n=38), existindo 164 mães que são domésticas, 18 desempregadas e 3 reformadas.

TABELA 6 - Profissões exercidas pelos pais dos adolescentes

Grupo Profissional	PAI		MÃE	
	n	%	n	%
Profissões das forças armadas	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	20	(5,5%)	10	(4,8%)
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	27	(7,4%)	38	(18,1%)
Técnicos e profissões de nível intermédio	37	(10,2%)	11	(5,2%)
Pessoal administrativo	8	(2,2%)	20	(9,5%)
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	40	(11,0%)	81	(38,6%)
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e floresta	81	(22,3%)	7	(3,3%)
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	101	(27,8%)	8	(3,8%)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	44	(12,1%)	7	(3,3%)
Trabalhadores não qualificados	5	(1,4%)	28	(13,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>(100%)</b>	<b>210</b>	<b>(100%)</b>
Doméstica	0		164	
Reformado(a)	7		3	
Desempregado (a)	13		18	
Não Aplicável	20		24	
Não Responde	38		22	
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>		<b>441</b>	

Quanto às habilitações literárias dos pais dos adolescentes (tabela 7) constatou-se que o 1º ciclo (27,6%; n=106) e o Ensino Secundário (27,3%; n=107) são os níveis escolares mais frequentes do pai e da mãe, respetivamente, de referir que 1,3% (n=5) não possuem qualquer escolarização. É de salientar que 66 participantes desconhecem as habilitações dos pais e 44 não responderam.

TABELA 7 - Habilitações literárias dos pais dos adolescentes

HABILITAÇÕES	PAI		MÃE	
	n	%	n	%
Curso Superior	38	(9,9%)	54	(13,9%)
Ensino Secundário	88	(22,9%)	107	(27,6%)
3º Ciclo do Ensino Básico	77	(20,1%)	104	(26,8%)
2º Ciclo do Ensino Básico	70	(18,2%)	55	(14,2%)
1º Ciclo do Ensino Básico	106	(27,6%)	63	(16,2%)
Sem Escolaridade	5	(1,3%)	5	(1,3%)
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>(100%)</b>	<b>388</b>	<b>(100%)</b>
Não Sabe	36		30	
Não Responde	21		23	
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>		<b>441</b>	

## 4.2 - Consumo de Tabaco

No nosso estudo 81,4% (n=359) dos adolescentes referem que atualmente não fumam, havendo assim uma taxa de 18,6% (n=82) fumadores. A percentagem de rapazes que fuma é superior à das raparigas (23,9%; n=56 vs 12,6%; n=26).

A idade de iniciação ao consumo de tabaco (tabela 8) varia entre os 7 e os 18 anos, sendo a mais frequente os 15 anos (18,8%). Com base na mediana e no 1º e 3º quartil, deduz-se que 25% dos adolescentes começaram a fumar entre 7 e 12 anos, 25% entre 12 e 14 anos, 25% entre 14 e 15,5 anos e 25% entre 15,5 anos e 18 anos. A maior parte dos adolescentes que fumam iniciaram o consumo com idades superiores a 13,8 anos (média) (tabela 8).

TABELA 8 - Idade de início ao consumo de tabaco

INICIAÇÃO	n	%	ESTATÍSTICAS
7	1	1,3%	Mínimo = 7; Máximo = 18; Moda= 15; Mediana = 14; 1ºQuartil = 12; 3º Quartil = 15,5; Média = 13,8; DP = 2,2.
8	2	2,5%	
10	2	2,5%	
11	6	7,5%	
12	10	12,5%	
13	13	16,3%	
14	11	13,8%	
15	15	18,8%	
16	12	15,0%	
17	7	8,7%	
18	1	1,3%	
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	
Não Responde	2	----	
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>-----</b>	

No que concerne ao consumo de tabaco e à idade, verificou-se que as idades compreendidas entre 10 e 13 anos têm significativamente maior proporção de não fumadores (96,4%; n=163), as idades dos 14-16 anos compreendem um aumento de fumadores (20,2%; n=33) e nas idades dos 17-19 anos é onde se verifica maior número de fumadores (39,1%; n=43). Recorreu-se ao teste de independência de Qui-Quadrado ( $\chi^2=56,872$ ; g.l.=2;  $p<0,001^{***}$ ) e concluiu-se que o tabaco não é significativamente independente da idade dos adolescentes (tabela 9).

Em relação ao sexo ( $\chi^2=9,383$ ; g.l.=1;  $p=0,002^{**}$ ), este relaciona-se significativamente com o consumo de tabaco (tabela 9), tendo o sexo masculino (23,9%; n=56) quase o dobro de fumadores, quando comparado com o sexo feminino (12,6%; n=26).

TABELA 9 - Consumo de tabaco, a idade e o sexo

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO TABACO		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
IDADE	10-13 ANOS	6 (3,6%)	162 (96,4%)	168 (100%)	$\chi^2=56,872$ g.l.=2 $p<0,001^{***}$
	14-16 ANOS	33 (20,2%)	130 (79,8%)	163 (100%)	
	17-19 ANOS	43 (39,1%)	67 (60,9%)	110 (100%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100%)	
SEXO	Feminino	26 (12,6%)	181 (87,4%)	207 (100%)	$\chi^2=9,383$ g.l.=1 $p=0,002^{**}$
	Masculino	56 (23,9%)	178 (76,1%)	234 (100%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100%)	

A quantidade de cigarros que os adolescentes fumam diariamente varia entre um mínimo de 1 e o máximo de 32. Responderam a esta questão 78 adolescentes (não obtivemos resposta de 4). Verificou-se que 25,6% (n=20) fumam entre 1 e 2 cigarros, 29,5% (n=23) entre 3 e 5, 20,5% (n=16) entre 6 e 10, 9,0% (n=7) entre 11 e 19 e 15,3% (n=12) entre 20 e 32 cigarros. Sendo a média diária de consumo de 7,8 cigarros com um desvio padrão de 7,1 cigarros.

Concluiu-se que o consumo de tabaco é significativamente independente da localidade de residência, significando que a taxa de adolescentes fumadores é significativamente igual independentemente do local de residência ( $\chi^2=28,067$ ; g.l.=27;  $p=0,356^{ns}$ ). No entanto, verificou-se que são os adolescentes de Bemposta (28,6%; n=6), Castelo Branco (36,4%; n=4), Mogadouro (19,8%; n=49), Paradela (42,9%; n=3), São Martinho do Peso (22,2%; n=2), Soutelo (20,0%; n=1), Ventozelo (33,3%; n=1), Urrós (25,0%; n=2) e os que residem em outros concelhos (50,0%; n=5) que apresentam maior taxa de fumadores.

Constatou-se que existe associação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco e o gosto pela vida ( $\chi^2=13,010$ ; g.l.=2;  $p=0,024^*$ ). O grupo onde há maior taxa de consumidores de tabaco (55,6%; n=5) é aquele em que os

adolescentes referem ter pouco gosto pela vida, ao inverso o grupo que tem muito gosto pela vida, apresenta uma taxa menor de fumadores (15,5%; n=43).

Concluiu-se que o consumo de tabaco não é significativamente independente da quantidade de problemas que os participantes referem ter na sua vida ( $\chi^2=9,498$ ; g.l.=3; p=0,023\*) (tabela 10), é no grupo de adolescentes que apresentam muitos ou alguns problemas que se encontra maior proporção de fumadores (23,5%; n=4 vs 24,5%; n=37 respetivamente).

Analisando os dados relativos ao interesse da família pelos problemas dos filhos e o consumo de tabaco (tabela 10), verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa ( $\chi^2=10,651$ ; g.l.=3; p=0,028\*), tendo os adolescentes que avaliam como pouco o interesse da família, pelos seus problemas, maior taxa de fumadores (75,0%; n=3). Por fim, concluiu-se que o interesse dos amigos pelos problemas não é estatisticamente significativo com o consumo de tabaco ( $\chi^2=2,738$ ; g.l.=3; p=0,434ns).

TABELA 10 - Consumo de tabaco, existência de problemas na vida e o interesse da família e amigos pelos mesmos

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO TABACO		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
EXISTÊNCIA PROBLEMAS NA VIDA	Muitos	4 (23,5%)	13 (76,5%)	17 (100,0%)	$\chi^2=9,498$ g.l.=3 p=0,023*
	Alguns	37 (24,5%)	114 (75,5%)	151 (100,0%)	
	Poucos	36 (17,7%)	167 (82,3%)	203 (100,0%)	
	Nenhuns	5 (7,4%)	63 (92,6%)	68 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,7%)	357 (81,3%)	441 (100,0%)	
INTERESSE DA FAMÍLIA PELOS PROBLEMAS	Muito	58 (16,8%)	288 (83,2%)	346 (100,0%)	$\chi^2=10,651$ g.l.=3 p=0,028**
	Mais ou menos	20 (23,8%)	64 (76,2%)	84 (100,0%)	
	Pouco	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)	
	Nada	1 (20,0%)	4 (80,0%)	5 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,7%)	357 (81,3%)	439 (100,0%)	
INTERESSE DOS AMIGOS PELOS PROBLEMAS	Muito	35 (18,4%)	155 (81,6%)	190 (100,0%)	$\chi^2=2,738$ g.l.=3 p=0,434ns
	Mais ou menos	41 (19,9%)	165 (80,1%)	206 (100,0%)	
	Pouco	6 (18,8%)	26 (81,3%)	32 (100,0%)	
	Nada	0 (0,0%)	11 (100,0%)	11 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,7%)	357 (81,3%)	439 (100,0%)	

Relativamente ao consumo de tabaco não é significativamente independente do tipo de ensino, ( $\chi^2=39,354$ ; g.l.=2; p<0,001\*\*\*), apresentando os CPROF (33,3%; n=13) e os CEF (51,3%; n=20) uma proporção de fumadores significativamente superior aos adolescentes do Ensino Regular (13,5%; n=49) (tabela 11).

Verificou-se que o fumar não é significativamente independente do nível de ensino ( $\chi^2=19,239$ ; g.l.=2; p<0,001\*\*\*), tendo os adolescentes do 3º ciclo (22,0%; n=44) e do Ensino Secundário (25,0%; n= 33) maior taxa de fumadores, comparativamente aos adolescentes do 2º ciclo (4,6%; n= 5) (tabela 11).

No que diz respeito ao ano de escolaridade concluiu-se que o tabaco não é significativamente independente dos anos de escolaridade ( $\chi^2=43,637$ ; g.l.=7;  $p<0,001^{***}$ ), apresentando o 9º ano (35,3%; n=30), o 11º ano (28,2%; n=11) e o 12º ano (35,1%; n=13) maiores taxas de fumadores; verificou-se que no 5º ano não há consumo de tabaco pelos participantes (100%; n=32) (tabela 11).

TABELA 11 - Consumo de tabaco por tipo de ensino/ano de escolaridade/nível de ensino

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO TABACO		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
TIPO ENSINO	E.REGULAR	49 (13,5%)	314 (86,5%)	363 (100,0%)	$\chi^2=39,354$ g.l.=2 $p<0,001^{***}$
	C.E.F.	20 (51,3%)	19 (48,7%)	39 (100,0%)	
	C.PROFISSIONAL	13 (33,3%)	26 (66,7%)	39 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100,0%)	
ANO DE ESCOLARIDADE	5º ANO	0 (0,0%)	32 (100,0%)	32 (100,0%)	$\chi^2=43,637$ g.l.=7 $p<0,001^{***}$
	6º ANO	5 (6,5%)	72 (93,5%)	77 (100,0%)	
	7º ANO	3 (7,7%)	36 (92,3%)	39 (100,0%)	
	8º ANO	11 (14,5%)	65 (85,5%)	76 (100,0%)	
	9º ANO	30 (35,3%)	55 (64,7%)	85 (100,0%)	
	10º ANO	9 (16,1%)	47 (83,9%)	56 (100,0%)	
	11º ANO	11 (28,2%)	28 (71,8%)	39 (100,0%)	
	12º ANO	13 (35,1%)	24 (64,9%)	37 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100,0%)	
NÍVEL ENSINO	2º Ciclo	5 (4,6%)	104 (95,4%)	109 (100,0%)	$\chi^2=19,239$ g.l.=2 $p<0,001^{***}$
	3º Ciclo	44 (22,0%)	156 (78,0%)	200 (100,0%)	
	E. Secundário	33 (25,0%)	99 (75,0%)	132 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100,0%)	

Relativamente ao consumo de tabaco foram analisadas as respostas dos 132 estudantes que cursam o Ensino Regular (10º, 11º e 12º anos) com o Ensino em Alternância - CPROF (10º, 11º e 12º anos) e constatou-se que há maior percentagem de fumadores nos estudantes do CPROF (33,3%; n=13), enquanto no Ensino Regular essa percentagem é menor (21,5%; n=20).

Dos 161 participantes que fumam e que frequentam o Ensino Regular (8º e 9º anos) e o Ensino em Alternância - CEF (8º e 9º anos), verificou-se que são os estudantes do CEF que apresentam maior taxa de fumadores (51,3%; n=20), quando comparados com os estudantes do Ensino Regular (8º e 9º anos) (17,2%; n=21).

No que respeita aos participantes que fumam e consomem bebidas alcoólicas, concluiu-se que no 2º ciclo há 3,8% (n=4) consumidores destas substâncias; no 3º ciclo aumenta substancialmente para 20,4% (n=40); e no Ensino Secundário aumenta ligeiramente para 24,2% (n=32); havendo uma associação

estatisticamente significativa entre o nível de ensino e o ato de fumar e ingerir, ou não, bebidas alcoólicas ( $\chi^2=94,776$ ; g.l.=6;  $p<0,001^{***}$ ).

Em relação ao consumo de tabaco concluiu-se que não é significativamente independente das expectativas futuras dos adolescentes ( $\chi^2=33,363$ ; g.l.=3;  $p<0,001^{***}$ ), tendo os adolescentes que pretendem acabar a escola e ir trabalhar (35,5%; n=27), os que querem interromper o ano e ir trabalhar (75,0%; n=3) e os que ainda não sabem quais as suas expectativas (22,3%; n=23) uma taxa de fumadores superior à dos adolescentes que têm como objetivo seguir o ensino superior (11,4%; n=29).

De forma a avaliar os motivos pelos quais os adolescentes começaram a fumar foi-lhes solicitado que justificassem a sua opinião. Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido tendo-se posteriormente construído as categorias. A análise do discurso produzido, pelos 82 adolescentes fumadores levou à construção de seis categorias: “Experimental”; “Influência de amigos”; “Estilo/Status”; “Alívio do stresse”; “Problemas familiares” e “Outros motivos”. A maioria dos adolescentes referiu como razões para começar a fumar motivos que se incluem na categoria “Experimental”. Na tabela 12 apresentam-se as categorias e algumas unidades de registo de cada categoria.

TABELA 12 - Motivos que levaram os adolescentes a começar a fumar

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Experimental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosidade</li> <li>• Experimentei e comecei a fumar</li> <li>• Porque me apeteceu e achava que era interessante</li> <li>• Para experimentar</li> </ul>
Influência Amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os amigos fumavam e eu experimentei</li> <li>• Comecei a fumar com um grupo de amigos</li> <li>• Por incentivo de uma amiga</li> <li>• Por causa do grupo de amigos</li> <li>• Porque todos os meus amigos fumam</li> </ul>
Estilo/Status	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensava que se fumasse, eu era mais interessante</li> </ul>
Alívio do Stresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui o stresse</li> <li>• Aliviar o stresse</li> <li>• Descontraí</li> <li>• Nervos</li> </ul>
Problemas Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas em casa</li> </ul>
Outros Motivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brincadeira</li> <li>• Porque quis</li> </ul>

A maioria (59,8%; n=49) dos participantes que fuma, nunca tentou deixar este hábito. Dos 33 adolescentes que tentaram oito não responderam à questão.

Dos restantes 24,0% (n=6) tentaram deixar de fumar há menos de 3 meses, 28,0% (n=7) há 3-6 meses, 24,0% (n=6) há 1 ano, 16,0% (n=4) há 2 anos e 8,0% (n=2) há 3 anos.

Em relação à duração da tentativa de deixar de fumar, apenas 27 dos 33 adolescentes responderam à questão, existindo 18,5% (n=5) que fizeram tentativa durante menos de 1 mês, 37,0% (n=10) entre 1 a 2 meses, 37,0% (n=10) entre 3 e 6 meses e 7,4% (n=2) entre 8 e 9 meses.

Com o objetivo de analisar os motivos pelos quais os participantes voltaram a fumar solicitou-se que justificassem a sua opinião. Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido pelos adolescentes, tendo-se posteriormente construído as categorias. Responderam a esta questão 21 (63,4%) dos 33 adolescentes que tentaram deixar de fumar. Com base na análise das respostas dos inquiridos que referiram voltar a fumar, construíram-se seis categorias: “Não conseguir resistir”; “Influência de amigos”; “Estilo/Status”; “Alívio do stresse”; “Problemas familiares” e “Outros motivos”. Na tabela 13 apresentam-se as categorias e algumas unidades de registo de cada categoria. O motivo referido por mais adolescentes foi o não conseguir resistir.

TABELA 13 - Motivos que levaram os adolescentes a recomeçar a fumar

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Não conseguir resistir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Já estava com saudades</li> <li>• Apeteceu-me</li> <li>• Porque me apeteceu e não resisti</li> <li>• Sabe pouco bem</li> <li>• Senti falta</li> </ul>
Influência de Amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por causa das companhias</li> <li>• Porque todas as minhas amigas fumam</li> <li>• Por causa das festas</li> </ul>
Estilo/Status	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para me afirmar</li> </ul>
Alívio do Stresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por causa dos nervos</li> <li>• Stresse</li> </ul>
Problemas Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas familiares, saí de casa</li> <li>• Não aguntei e tive problemas em casa</li> </ul>
Outros Motivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vício</li> <li>• Porque quis</li> </ul>

No que concerne ao desejo de os adolescentes deixarem de fumar, apenas 75 participantes responderam a esta questão, havendo 72,0% (n=54) que referem esse desejo. No que diz respeito ao desejo de reduzir o número de cigarros que fumam, 72 operacionalizaram a sua opinião, tendo havido 70,8%, (n=51) que manifestaram esse desejo.

Em relação ao conhecimento que os pais têm acerca do consumo de tabaco pelos filhos, apenas responderam a esta questão 76 dos 83 adolescentes fumadores, concluindo-se que 56,6% (n= 43) dos pais não têm conhecimento de tal facto. Em relação aos 33 participantes fumadores que referiram que os pais têm conhecimento, 60,0% (n=20) mencionaram que têm, também, autorização dos mesmos para fumar. Verificou-se, ainda, que 71,6% (n=53) dos inquiridos não fumam em casa (8 adolescentes fumadores não responderam a esta questão).

Relativamente aos hábitos tabágicos dos amigos, 89,3% (n=67) dos participantes afirmam que os amigos têm um consumo de tabaco (não responderam a esta questão 8 adolescentes).

Concluiu-se que o tabaco não é significativamente independente do facto dos amigos fumarem ( $\chi^2=7,324$ ; g.l.=11;  $p=0,030^*$ ), verificando-se que 95,7% (n=67) dos adolescentes fumadores têm amigos fumadores (tabela 14).

TABELA 14 - Consumo de tabaco e o facto de os amigos serem fumadores

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO TABACO		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
AMIGOS FUMADORES	Sim	67 (95,7%)	3 (4,3%)	70 (100,0%)	$\chi^2=7,324$ g.l.=1 $p=0,030^*$
	Não	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11 (100,0%)	
	TOTAL	75 (92,6%)	6 (7,4%)	81 (100,0%)	

Relativamente ao consumo de tabaco verificou-se que é significativamente independente do facto dos adolescentes terem um grupo de amigos ou não ( $\chi^2=0,030$ ; g.l.=1;  $p=0,862ns$ ) (tabela 15). Ao inverso concluiu-se que o fumar não é significativamente independente do tipo de amigos ( $\chi^2=17,336$ ; g.l.=3;  $p=0,001^{**}$ ), tendo os participantes em que o grupo de amigos é constituído simultaneamente, por colegas da turma, colega da escola e colegas da zona de residência (Cluster A3) (25,6%; n=58) maior taxa de fumadores, comparativamente aos participantes que apresentam outra tipologia de grupo de amigos (tabela 15).

TABELA 15 - Consumo de tabaco e a pertença a um grupo de amigos/tipo de amigos

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO TABACO		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
GRUPO DE AMIGOS	SIM	80 (18,6%)	349 (81,4%)	429 (100,0%)	$\chi^2=0,030$ g.l.=2 $p=0,862ns$
	NÃO	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100,0%)	
CLUSTER TIPO DE AMIGOS	Sem Amigos	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100,0%)	$\chi^2=17,336$ g.l.=3 $p=0,001^{**}$
	Cluster A1	6 (6,5%)	86 (93,5%)	92 (100,0%)	
	Cluster A2	16 (14,5%)	94 (85,5%)	110 (100,0%)	
	Cluster A3	58 (25,6%)	169 (74,4%)	227 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100,0%)	



Em relação à companhia habitual que os adolescentes têm para sair nos tempos livres, observou-se que esta não é significativamente independente do consumo de tabaco ( $\chi^2=12,970$ ; g.l.=2;  $p=0,002^{**}$ ) (tabela 16), sendo mais associado este consumo aos adolescentes que como ocupação dos tempos livres apenas costumam sair com os amigos (Cluster C1) (24,5%;  $n=54$ ).

No que diz respeito à tipologia de ocupação dos tempos livres, os resultados do teste de independência de Qui-Quadrado permitem concluir que o consumo de tabaco não é significativamente independente daquela tipologia ( $\chi^2=19,911$ ; g.l.=3;  $p<0,001^{***}$ ), tendo os adolescentes do cluster O3 (ocupações diversificadas e totalidade de frequência em cafés, bares e discotecas) maior taxa (34,2%;  $n=27$ ) de fumadores (tabela 16).

TABELA 16 - Consumo de tabaco/Companhia/Ocupação dos tempos livres

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO TABACO		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
CLUSTER COMPANHIA TEMPOS LIVRES	Cluster C1	54 (24,5%)	166 (75,5%)	220 (100,0%)	$\chi^2=12,970$ g.l.=2 $p=0,002^{**}$
	Cluster C2	14 (9,6%)	132 (90,4%)	146 (100,0%)	
	Cluster C3	14 (18,7%)	61 (81,3%)	75 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100,0%)	
CLUSTER OCUPAÇÃO TEMPOS LIVRES	Cluster O1	11 (9,1%)	110 (90,9%)	121 (100,0%)	$\chi^2=19,911$ g.l.=3 $p<0,001^{***}$
	Cluster O2	44 (18,3%)	197 (81,7%)	241 (100,0%)	
	Cluster O3	27 (34,2%)	52 (65,8%)	79 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,6%)	359 (81,4%)	441 (100,0%)	

Quanto aos familiares que fumam e habitam com os adolescentes concluiu-se que 59,7% ( $n=114$ ) dos pais, 26,2% ( $n=50$ ) das mães, 26,2% ( $n=7$ ) dos padrastos, 3,7% ( $n=35$ ) dos irmãos, 18,3% ( $n=11$ ) dos avós e 20,4% ( $n=39$ ) de outros familiares têm esse hábito.

Em relação aos adolescentes que fumam, 65,9% ( $n=54$ ) têm familiares fumadores, havendo 64,3% ( $n=36$ ) com um familiar fumador, 21,4% ( $n=12$ ) com dois familiares, 8,9% ( $n=5$ ) com três familiares e 1,8% ( $n=1$ ) com quatro familiares. Concluiu-se que o consumo de tabaco é significativamente independente da tipologia de família ( $\chi^2=2,327$ ; g.l.=4;  $p=0,114ns$ ), apesar das famílias com outra tipologia (31,3%;  $n=5$ ), família alargada (21,1%;  $n=14$ ) e monoparental (21,1%;  $n=4$ ) apresentarem maior proporção de fumadores que as famílias nucleares (17,4%;  $n=56$ ) e as famílias mistas (16,7%;  $n=3$ ).

Através do teste de independência de Qui-Quadrado concluiu-se que o consumo de tabaco é significativamente independente das habilitações literárias do pai ( $\chi^2=7,437$ ; g.l.=7;  $p=0,385ns$ ) e significativamente independente das habilitações literárias da mãe ( $\chi^2=8,267$ ; g.l.=7;  $p=0,310ns$ ).

Verificou-se ainda que o consumo de tabaco é significativamente independente do grupo profissional do pai ( $\chi^2=6,582$ ; g.l.=12;  $p=0,895$ ns) e, também, significativamente independente do grupo profissional da mãe ( $\chi^2=11,384$ ; g.l.=13;  $p=0,577$ ns).

Concluiu-se que o consumo de tabaco é significativamente independente da aquisição de informação sobre os malefícios do tabaco que os participantes têm ( $\chi^2=2,830$ ; g.l.=1;  $p=0,092$ ns), mas não é significativamente independente do facto de terem desenvolvido durante o percurso escolar um trabalho sobre o álcool e/ou tabaco ( $\chi^2=5,221$ ; g.l.=1;  $p=0,022$ \*\*), sendo no grupo dos adolescentes que realizaram este tipo de estudo que se encontra maior proporção de fumadores (21,6%;  $n=65$  vs 12,4%;  $n=17$ ) que não realizaram qualquer trabalho (tabela 17).

TABELA 17 - Consumo de tabaco e a aquisição da informação sobre os malefícios do tabaco/realização de trabalho durante o percurso escolar

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO TABACO		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
Informação Malefícios Tabaco	Sim	68 (19,6%)	279 (80,4%)	347 (100,0%)	$\chi^2=2,830$ g.l.=1 $p=0,092$ ns
	Não	10 (11,8%)	75 (88,2%)	85 (100,0%)	
	TOTAL	78 (18,1%)	354 (81,9%)	432 (100,0%)	
Desenvolvimento Trabalho sobre Álcool/Tabaco	Sim	65 (21,6%)	236 (78,4%)	301 (100,0%)	$\chi^2=5,221$ g.l.=1 $p=0,022$ **
	Não	17 (12,4%)	120 (87,6%)	137 (100,0%)	
	TOTAL	82 (18,7%)	356 (81,3%)	438 (100,0%)	

### 4.3 - Consumo de Álcool

Na nossa investigação 54,7% ( $n=237$ ) dos adolescentes referem que não consomem bebidas alcoólicas, existindo assim, uma taxa de 45,3% ( $n=196$ ) de consumidores, contudo a esta questão 8 participantes não responderam. A percentagem de rapazes que consome bebidas alcoólicas é superior à das raparigas (56,2%;  $n=127$  vs 33,3%;  $n=69$ ).

A idade de iniciação ao consumo de álcool varia entre os 5 e os 18 anos, sendo a idade mais frequente de 14 anos (21,5%). Com base na mediana e no 1º e 3º quartil, deduziu-se que 25% dos adolescentes ingeriram bebidas alcoólicas entre 5 e 12 anos, 25% entre 12 e 14 anos, 25% entre 14 e 15 anos e 25% entre 15 anos e 18 anos. A maior parte dos adolescentes que bebem iniciaram o consumo com idades superiores a 13,5 anos (média) (tabela 18).

TABELA 18 - Idade de início ao consumo de álcool

INICIAÇÃO	n	%	ESTATÍSTICAS
5	1	0,5%	Mínimo = 5; Máximo = 18; Moda = 14; Mediana = 14; 1º Quartil = 12; 3º Quartil = 15; Média = 13,5; DP = 2,2.
7	2	1,0%	
8	4	2,1%	
9	2	1,0%	
10	13	6,8%	
11	8	4,2%	
12	20	10,5%	
13	37	19,4%	
14	41	21,5%	
15	32	16,7%	
16	22	11,5%	
17	5	2,6%	
18	4	2,1%	
TOTAL	191	100%	
Não Responde	5	-----	
TOTAL	196	-----	

Relativamente ao consumo de álcool e à idade dos adolescentes, concluiu-se que não é significativamente independente ( $\chi^2=150,776$ ; g.l.=2;  $p<0,001^{***}$ ), tendo as idades compreendidas entre 10 e os 13 anos significativamente maior proporção de adolescentes não consumidores de álcool (89,4%;  $n=144$ ). A partir das idades entre os 14-16 anos existem mais consumidores (53,1%;  $n=86$ ) e atinge-se um máximo de 84,5% ( $n=93$ ) nas idades compreendidas entre os 17-19 anos. Em relação ao sexo ( $\chi^2=22,791$ ; g.l.=1;  $p<0,001^{**}$ ), este relaciona-se significativamente com o álcool, tendo o sexo masculino (56,2%;  $n=127$ ) mais consumidores que o sexo feminino (33,3%;  $n=69$ ) (tabela 19).

TABELA 19 - Consumo de álcool, a idade e o sexo

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
IDADE	10-13 ANOS	17 (10,6%)	144 (89,4%)	161 (100%)	$\chi^2=150,776$ g.l.=2 $p<0,001^{***}$
	14-16 ANOS	86 (53,1%)	76 (46,9%)	162 (100%)	
	17-19 ANOS	93 (84,5%)	17 (15,5%)	110 (100%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100%)	
SEXO	Feminino	69 (33,3%)	138 (66,7%)	207 (100,0%)	$\chi^2=22,791$ g.l.=1 $p<0,001^{***}$
	Masculino	127 (56,2%)	99 (43,8%)	226 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100%)	

A maioria (73,0%;  $n=138$ ) dos adolescentes que consomem álcool já teve pelo menos um episódio de embriaguez (7 dos inquiridos não responderam).

Em relação ao consumo de álcool verificou-se que é significativamente independente da localidade de residência ( $\chi^2=40,605$ ; g.l.=27;  $p=0,298ns$ ), o que significa que a taxa de adolescentes que consome bebidas alcoólicas é significativamente igual independentemente do local de residência.

Concluiu-se que o consumo de álcool não é significativamente independente das expectativas futuras dos adolescentes ( $\chi^2=25,125$ ; g.l.=3;  $p<0,001^{***}$ ), tendo os inquiridos que ambicionam acabar a escola e ir trabalhar (70,3%; n=52) e os que pretendem interromper o ano e ir trabalhar (75,0%; n=3) uma taxa de consumidores de álcool superior aos outros adolescentes que querem seguir o ensino superior (38,3%; n=97), ou que não sabem quais as suas expectativas futuras (43,4%; n=43).

Quando comparamos o consumo de álcool com o gosto que os adolescentes têm pela vida, concluiu-se que as duas variáveis não são significativamente independentes ( $\chi^2=6,857$ ; g.l.=3;  $p=0,008^{**}$ ), sendo no grupo dos estudantes que gostam mais ou menos (52,7%; n=77), pouco (62,5%; n=5) ou nada (60,0%; n=3) da sua vida, que se encontra uma maior taxa de consumidores de bebidas alcoólicas, quando comparados com os que gostam muito da sua vida (40,8%; n=111).

Apurou-se que o consumo de álcool não é significativamente independente dos problemas que os adolescentes referem ter na vida ( $\chi^2=25,563$ ; g.l.=3;  $p<0,001^{***}$ ), tendo os adolescentes que apresentam muitos ou alguns problemas maior proporção de consumidores de bebidas alcoólicas, com 58,8% (n=10) e 58,8% (n=87), respetivamente (tabela 20). Existe uma relação estatisticamente significativa entre o interesse da família pelos problemas dos adolescentes e o álcool ( $\chi^2=14,076$ ; g.l.=3;  $p=0,002^*$ ). Nos participantes em que família tem pouco interesse pelos seus problemas (75,0%; n=3) ou mais ou menos interesse (62,7%; n=52) há maior taxa de adolescentes que consomem (tabela 20). O interesse dos amigos pelos problemas é significativamente independente da ingestão de bebidas alcoólicas ( $\chi^2=3,140$ ; g.l.=3;  $p=0,371ns$ ) (tabela 20).

TABELA 20 - Consumo de álcool, existência de problemas na vida e o interesse da família e amigos pelos mesmos

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
EXISTÊNCIA PROBLEMAS NA VIDA	Muitos	10 (58,8%)	7 (41,2%)	17 (100,0%)	$\chi^2=25,563$ g.l.=3 p<0,001***
	Alguns	87 (58,8%)	61 (41,2%)	148 (100,0%)	
	Poucos	84 (41,6%)	118 (58,4%)	202 (100,0%)	
	Nenhuns	15 (23,4%)	49 (76,6%)	64 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,5%)	235 (54,5%)	431 (100,0%)	
INTERESSE DA FAMÍLIA PELOS PROBLEMAS	Muito	139 (41,0%)	200 (59,0%)	339 (100,0%)	$\chi^2=14,076$ g.l.=3 p=0,002**
	Mais ou menos	52 (62,7%)	31 (37,3%)	83 (100,0%)	
	Pouco	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)	
	Nada	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,5%)	235 (54,5%)	431 (100,0%)	
INTERESSE DOS AMIGOS PELOS PROBLEMAS	Muito	88 (47,8%)	96 (52,2%)	184 (100,0%)	$\chi^2=3,140$ g.l.=3 p=0,371ns
	Mais ou menos	94 (45,9%)	111 (54,1%)	205 (100,0%)	
	Pouco	11 (35,5%)	20 (64,5%)	31 (100,0%)	
	Nada	3 (27,3%)	8 (72,7%)	11 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,5%)	235 (54,5%)	433 (100,0%)	

Em relação ao consumo de álcool não é significativamente independente do tipo de ensino ( $\chi^2=76,793$ ; g.l.=2; p<0,001\*\*\*). Verificou-se que o Ensino em Alternância, do qual fazem parte o CPROF (84,6%; n=33) e o CEF (94,9%; n=37) apresentam uma proporção de consumidores de álcool significativamente superior aos adolescentes do Ensino Regular (35,5%; n=126) (tabela 21).

Concluiu-se que o álcool é estatisticamente significativo do nível de ensino ( $\chi^2=91,335$ ; g.l.=2; p<0,001\*\*\*), tendo os adolescentes do 3º ciclo (49,5%; n=97) e do Ensino Secundário (68,9%; n=91) maior taxa de consumidores de álcool que os do 2º ciclo (7,6%; n=8) (tabela 21).

No que diz respeito ao ano de escolaridade concluiu-se que o álcool não é significativamente independente dos anos de escolaridade ( $\chi^2=126,582$ ; g.l.=7; p<0,001\*\*\*), apresentando os adolescentes entre o 9º e 12º anos de escolaridade maior proporção de consumidores de bebidas alcoólicas que os que frequentam anos anteriores. Constatou-se que no 5º ano não há nenhum participante que consuma bebidas alcoólicas (tabela 21).

TABELA 21 - Consumo de álcool por tipo de ensino/ano de escolaridade/nível de ensino

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
TIPO ENSINO	E.REGULAR	126 (35,5%)	229 (64,5%)	355 (100,0%)	$\chi^2=76,793$ g.l.=2 p<0,001***
	C.E.F.	37 (94,9%)	2 (5,1%)	39 (100,0%)	
	C.PROFISSIONAL	33 (84,6%)	6 (15,4%)	39 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100,0%)	
ANO DE ESCOLARIDADE	5º ANO	0 (0,0%)	30 (100,0%)	30 (100,0%)	$\chi^2=126,582$ g.l.=7 p<0,001***
	6º ANO	8 (10,7%)	67 (89,3%)	77 (100,0%)	
	7º ANO	9 (24,3%)	28 (75,7%)	37 (100,0%)	
	8º ANO	28 (37,8%)	46 (62,2%)	74 (100,0%)	
	9º ANO	60 (70,6%)	25 (29,4%)	85 (100,0%)	
	10º ANO	32 (57,1%)	24 (42,9%)	56 (100,0%)	
	11º ANO	30 (76,9%)	9 (23,1%)	39 (100,0%)	
	12º ANO	29 (78,4%)	8 (21,6%)	37 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100,0%)	
NÍVEL ENSINO	2º Ciclo	8 (7,6%)	97 (92,4%)	105 (100,0%)	$\chi^2=91,335$ g.l.=2 p<0,001***
	3º Ciclo	97 (49,5%)	99 (50,5%)	196 (100,0%)	
	E. Secundário	91 (68,9%)	41 (31,1%)	132 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100,0%)	

Em relação ao tipo de bebidas consumidas, verificou-se que 36,2% (n=71) dos participantes ingerem um tipo de bebida, 28,6% (n=56) só cerveja, 1,0% (n=2) só vinho, 6,6% (n=13) só bebidas destiladas e alcopops; 43,9% (n=86) ingerem dois tipos de bebidas, sendo a combinação mais frequente a cerveja e as bebidas destiladas e alcopops (28,1%; n=55); 19,9% (n=39) bebem três tipos de bebidas diferentes - vinho, cerveja, bebidas destiladas e alcopops (tabela 22).

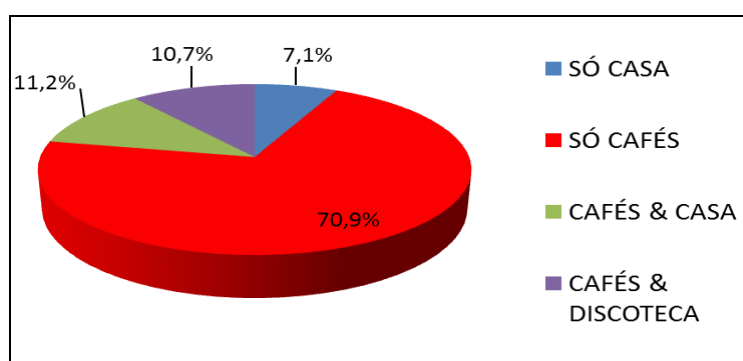
A bebida de eleição para as raparigas e para os rapazes é a cerveja (87,5%; n=49 vs 96,7%; n=119), seguida das bebidas destiladas e alcopops (50%; n=28 vs 47,9%; n=57) e do vinho (8,9%; n=5 vs 26,0%; n=32) respetivamente.

TABELA 22 - Tipo de bebidas alcoólicas consumidas pelos adolescentes

TIPO DE BEBIDAS	n	%
Só Bebidas Destiladas e Alcopops	13	6,6%
Só Cerveja	56	28,6%
Só Vinho	2	1,0%
Cerveja & Bebidas Destiladas e Alcopops	55	28,1%
Vinho & Bebidas Destiladas e Alcopops	18	9,2%
Vinho & Cerveja	13	6,6%
Vinho & Cerveja & Bebidas Destiladas e Alcopops	39	19,9%
TOTAL	196	100,0%

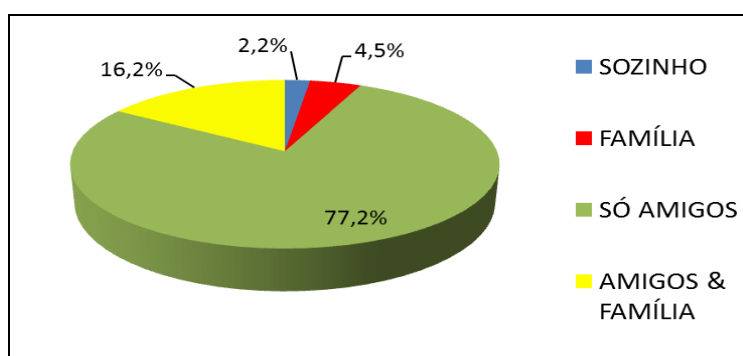
Quanto ao local onde os participantes consomem bebidas alcoólicas, verificou-se que a maioria tem preferência pelos cafés 70,9% (n=139), 11,2% (n=22) cafés e casa, 10,7% (n=21) cafés e discotecas, e para 7,1% (n=14) apenas a casa (gráfico 9).

GRÁFICO 9 - Locais de consumo de álcool para os adolescentes



Em relação à companhia que os adolescentes escolhem para consumirem bebidas alcoólicas (gráfico 10), concluiu-se que 2,2% (n=4) ingerem álcool sozinhos, 4,5% (n=8) só com a família, 77,2% (n=138) só com amigos, 16,2% (n=29) com amigos e família, não obtivemos resposta a esta questão de 8,7% (n=17).

GRÁFICO 10 - Companhia dos adolescentes no consumo de bebidas alcoólicas



No que concerne ao desejo dos adolescentes deixarem de beber bebidas alcoólicas, 9 não expressaram a sua opinião, enquanto a maioria (87,2%; n=163) não tem intenção de o fazer e apenas 12,8% (n=24) expressa esse desejo.

Com o objetivo de analisar os motivos pelos quais os participantes gostariam de deixar de beber bebidas alcoólicas solicitou-se que justificassem a sua opinião. Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido pelos adolescentes, tendo-se posteriormente construído as categorias. Responderam a esta questão 13 (54,2%) dos 24 adolescentes que desejam deixar de consumir bebidas alcoólicas. Com base na análise das respostas dos inquiridos que referiram querer deixar de beber, construíram-se três categorias: “Efeitos prejudiciais para a saúde”; “Idade jovem para beber” e “Outros motivos” (tabela 23). É na categoria “Efeitos prejudiciais para a saúde” que se encontra a justificação da maioria dos adolescentes.

TABELA 23 - Motivos que levam os adolescentes a deixar de consumir bebidas alcoólicas

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Efeitos prejudiciais para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faz mal à saúde</li> <li>Porque deixa o fígado muito mal e dá dores de cabeça</li> <li>Porque é melhor para a saúde</li> </ul>
Idade jovem para beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenho pouca idade</li> </ul>
Outros motivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porque é um vício mau</li> </ul>

Para se analisarem as respostas dos inquiridos acerca dos motivos pelos quais não gostariam de deixar de consumir bebidas alcoólicas, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido pelos adolescentes, tendo-se posteriormente construído as categorias. Responderam a esta questão 107 (65,6%) dos 163 adolescentes que referiram não desejar deixar de consumir bebidas alcoólicas, havendo 56 adolescentes que não sabem ou não responderam. Com base na análise das respostas dos participantes construíram-se sete categorias (tabela 24): “Gosto de beber”; “Bebo pouco/Bebo raramente”; “Não faz mal à saúde”; “Ajuda a descontraír”; “Não ser viciado”; “Não passar dos limites” e “Influência da família”. É na categoria “Gosto de beber” que se enquadra a maioria das respostas dos participantes.

TABELA 24 - Motivos que levam os adolescentes a não deixar de consumir bebidas alcoólicas

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Gosto de beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>É bom</li> <li>É divertido</li> <li>É fixe</li> <li>Porque é porreiro</li> <li>Porque gosto de beber</li> </ul>
Bebo pouco/Bebo raramente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porque bebo moderadamente</li> <li>Porque bebo pouco e com pouca frequência</li> <li>Não bebo muito</li> <li>Não bebo muito, só em ocasiões importantes</li> <li>Porque é só em festas</li> </ul>
Não faz mal à saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porque só um não faz mal</li> <li>Porque não faz mal a ninguém</li> </ul>
Ajuda a descontraír	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acalma-me</li> <li>Porque bebo muito pouco e ajuda a ultrapassar o stresse</li> </ul>
Não ser viciado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não sou alcoólico, não tenho vício</li> <li>Não sou viciado</li> </ul>
Não passar dos limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porque me sei controlar</li> <li>Porque sei controlar-me, por isso não vejo razão para parar</li> </ul>
Influência da família	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porque a minha mãe bebe</li> </ul>



Em relação ao conhecimento que os pais têm acerca do consumo de álcool pelos filhos, 13 adolescentes não responderam à questão, tendo havido 183 respondentes, dos quais 83,1% (n=152) dizem que os pais têm conhecimento e 16,9% (n=31) dos pais desconhecem tal facto.

Recorreu-se ao teste de independência de Qui-Quadrado e concluiu-se que o consumo de bebidas alcoólicas não é significativamente independente do facto dos adolescentes terem familiares que consomem álcool, habitualmente, ( $\chi^2=5,434$ ; g.l.=1;  $p<0,001^{***}$ ). O grupo de adolescentes que tem familiares consumidores de álcool apresenta maior proporção de consumidores (50,0%; n=128) que os adolescentes que não têm familiares que consomem (38,6%; n=86) (tabela 25).

TABELA 25 - Consumo de álcool e os familiares que consomem bebidas alcoólicas

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
FAMILIARES BEBEM ÁLCOOL	Não	68 (38,6%)	108 (61,4%)	176 (100,0%)	$\chi^2=5,434$ g.l.=1 $p<0,001^{***}$
	Sim	128 (50,0%)	128 (50,0%)	256 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	236 (54,6%)	432 (100,0%)	

Em relação ao consumo de álcool, verificou-se que é significativamente independente da tipologia de família ( $\chi^2=0,867$ ; g.l.=4;  $p=0,929$ ns), tendo uma taxa de adolescentes consumidores significativamente igual em todos os tipos de família.

Também em relação a este consumo podemos dizer que é significativamente independente das habilitações literárias do pai ( $\chi^2=11,141$ ; g.l.=7;  $p=0,133$ ns), mas não é significativamente independente das da mãe ( $\chi^2=23,457$ ; g.l.=7;  $p=0,001^{***}$ ). Há maior percentagem de adolescentes que ingerem álcool nos filhos de mães sem escolaridade (80,0%; n=4) e menor proporção nos adolescentes cujas mães possuem o ensino superior (28,0%; n=14).

O consumo de bebidas alcoólicas é significativamente independente do grupo profissional do pai ( $\chi^2=7,063$ ; g.l.=12;  $p=0,214$ ns) e também significativamente independente do grupo profissional da mãe ( $\chi^2=14,242$ ; g.l.=13;  $p=0,352$ ns).

A maioria (75,5%; n=145) dos adolescentes consumidores de álcool tem amigos com este hábito. Ainda em relação a este consumo apurou-se que 59,2% (n=260) dos adolescentes têm pelo menos um familiar que ingere bebidas alcoólicas, sendo em 55,1% (n=242) o pai o consumidor, em 12,5% (n=55) a mãe,

em 11,6% (n=51) os irmãos e para 7,7% (n=34) outros familiares (não obtivemos resposta de 2 participantes).

Ao relacionar o consumo de álcool com o facto de os adolescentes terem ou não terem um grupo de amigos, verificou-se que é significativamente independente ( $\chi^2=1,475$ ; g.l.=1;  $p=0,359$ ns). Pelo contrário, concluiu-se que o consumo de álcool não é significativamente independente do tipo de amigos ( $\chi^2=28,698$ ; g.l.=3;  $p=0,001^{**}$ ). Os adolescentes em que o grupo de amigos é constituído simultaneamente por colegas da turma, colegas da escola e colegas da zona de residência (Cluster A3) (56,9%; n=128) apresentam maior taxa de consumidores de bebidas alcoólicas, do que os que apresentam outra tipologia de grupo de amigos (tabela 26).

TABELA 26 - Consumo de álcool e a pertença a um grupo de amigos/tipo de amigos

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
GRUPO DE AMIGOS	SIM	193 (45,7%)	229 (54,3%)	422 (100,0%)	$\chi^2=1,475$ g.l.=1 $p=0,359$ ns
	NÃO	3 (27,3%)	8 (72,7%)	11 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100,0%)	
CLUSTER TIPO DE AMIGOS	Sem Amigos	3 (27,3%)	8 (72,7%)	11 (100,0%)	$\chi^2=28,698$ g.l.=3 $p<0,001^{***}$
	Cluster A1	23 (26,1%)	65 (73,9%)	88 (100,0%)	
	Cluster A2	42 (38,5%)	67 (61,5%)	109 (100,0%)	
	Cluster A3	128 (56,9%)	97 (43,1%)	225 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100,0%)	

Ao associar o consumo de bebidas alcoólicas dos participantes com o facto de os amigos consumirem, concluiu-se que não é significativamente independente ( $\chi^2=34,516$ ; g.l.=1;  $p<0,001^{***}$ ), havendo 96,1% (n=148) de consumidores no grupo de adolescentes que têm amigos com este hábito (tabela 27).

TABELA 27 - Consumo de álcool e o facto de os amigos consumirem bebidas alcoólicas

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
AMIGOS BEBEM ÁLCOOL	Sim	148 (96,1%)	6 (3,9%)	154 (100,0%)	$\chi^2=34,516$ g.l.=1 $p<0,001^{***}$
	Não	38 (66,7%)	19 (33,3%)	57 (100,0%)	
	TOTAL	186 (88,2%)	25 (11,8%)	211 (100,0%)	

Em relação à companhia habitual para sair nos tempos livres verificou-se que não é significativamente independente do facto de beber bebidas alcoólicas ( $\chi^2=35,807$ ; g.l.=2;  $p<0,001^{***}$ ), sendo mais associada a ingestão aos adolescentes que somente costumam sair com os amigos (Cluster C1) (57,4%; n=124) e aos

inquiridos que saem com amigos, com os irmãos/pais (Cluster C3) (48,0%; n=36). No que diz respeito à tipologia de ocupação dos tempos livres, os resultados do teste de independência de Qui-Quadrado ( $\chi^2=54,573$ ; g.l.=2;  $p<0,001^{***}$ ) permitem concluir que o álcool não é significativamente independente daquela tipologia. De facto os adolescentes do cluster O3 (adolescentes com ocupações diversificadas, mas com totalidade de frequência de cafés, bares e discotecas) são os que apresentam maior taxa de bebedores (78,2%; n=61).

Ao fazer a análise da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o efeito que este produz na amizade, saúde, vida familiar e escolar, constatou-se que a maioria dos participantes (52,6%; n=232) considera que tem impacto negativo na sua saúde e 42,6% (n=188) na vida escolar, 44,7% (n=197) referiu que este consumo não tem nenhum efeito sobre as suas amizades ou sobre a vida familiar (42,4%; n=187).

Concluiu-se que a ingestão de bebidas alcoólicas não é significativamente independente do facto dos adolescentes terem o hábito de consumir tabaco ( $\chi^2=91,800$ ; g.l.=1;  $p<0,001^{***}$ ), tendo o grupo de adolescentes que fumam uma proporção de 92,7% (n=76) de consumidores de bebidas alcoólicas (tabela 28).

TABELA 28 - Associação do consumo de álcool e de tabaco nos adolescentes

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
CONSUMO TABACO	Sim	76 (92,7%)	6 (7,3%)	82 (100,0%)	$\chi^2=91,800$ g.l.=1 $p<0,001^{***}$
	Não	120 (34,2%)	231 (65,8%)	351 (100,0%)	
	TOTAL	196 (45,3%)	237 (54,7%)	433 (100,0%)	

O consumo de álcool é significativamente independente da aquisição de informação sobre os malefícios do álcool que os inquiridos têm ( $\chi^2=1,068$ ; g.l.=1;  $p=0,301ns$ ). Contudo, não é significativamente independente do facto de os adolescentes terem desenvolvido durante o percurso escolar um trabalho acerca do álcool e/ou tabaco ( $\chi^2=12,084$ ; g.l.=1;  $p=0,001^{***}$ ), sendo no grupo dos que o realizaram que se encontrou maior proporção de consumidores (50,8%; n=151) (tabela 29).

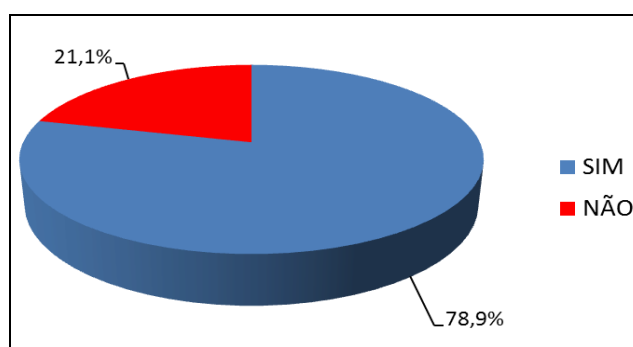
TABELA 29 - Consumo de álcool e a aquisição de informação sobre os malefícios do álcool/realização de trabalho durante o percurso escolar

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		CONSUMO ÁLCOOL		TOTAL	TESTE
		SIM	NÃO		
Informação Malefícios Álcool	Sim	155 (46,3%)	180 (53,7%)	335 (100,0%)	$\chi^2=1,068$ g.l.=1 p=0,301 ns
	Não	37 (40,2%)	55 (59,8%)	92 (100,0%)	
	TOTAL	192 (45,0%)	235 (55,0%)	427 (100,0%)	
Realização de Trabalho sobre Álcool/Tabaco	Sim	151 (50,8%)	146 (49,2%)	297 (100,0%)	$\chi^2=12,084$ g.l.=1 p=0,001 ***
	Não	44 (32,8%)	90 (67,2%)	134 (100,0%)	
	TOTAL	195 (45,2%)	236 (54,8%)	431 (100,0%)	

#### 4.4 - Educação para a Saúde

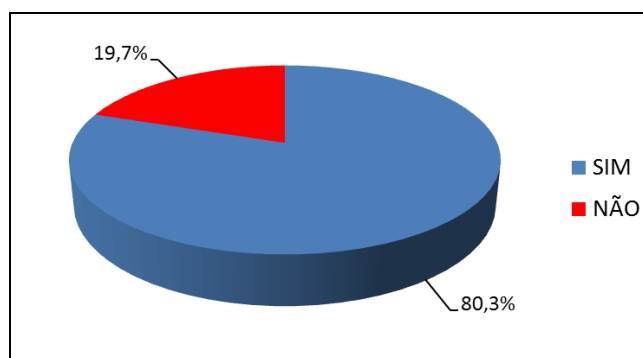
Com base nos resultados do nosso estudo, concluiu-se que, dos 435 participantes, 78,9% (n=343) dizem já ter recebido informação sobre os malefícios do álcool na adolescência, 21,1% (n=92) referem não ter recebido nenhuma informação e 1,4% (n= 6) não responderam à questão (gráfico 11).

GRÁFICO 11 - Aquisição de informação sobre os malefícios do álcool



Em relação à aquisição de informação sobre os malefícios do tabaco na adolescência, obtiveram-se 432 respostas e verificou-se que 80,3% (n=347) referem ter obtido informação, 19,7% (n=85) são de opinião contrária e 2,0% (n=9) não responderam à questão (gráfico 12). Correlacionando as duas variáveis em estudo, observou-se que 77,5% (n=335) dos inquiridos afirmam ter recebido informação sobre os malefícios do álcool e do tabaco na adolescência e 18,1% (n=78) referem não ter recebido nenhuma informação.

GRÁFICO 12 - Aquisição de informação sobre os malefícios do tabaco



Relativamente à informação que os adolescentes obtiveram durante o percurso escolar acerca dos malefícios do álcool na adolescência e por quem foi ministrada, verificou-se que 63 participantes não responderam. Dos 280 adolescentes que responderam alguns referiram mais do que um agente de informação. Constatou-se assim, que para a maioria (87,5%) dos estudantes a informação foi ministrada por profissionais de educação (professor ou diretor de turma), para 9,3% por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos ou psicólogos), para 11,4% pela família (pai, mãe ou pais) e 2,1% mencionaram que foi pelos amigos/colegas (tabela 30).

TABELA 30 - Agentes que ministram a informação acerca dos malefícios do álcool na adolescência

AGENTES DE INFORMAÇÃO	n	% (Coluna)	% (Linha)
Profissionais de Educação	245	79,3%	87,5%
Profissionais de Saúde	26	8,4%	9,3%
Família	32	10,4%	11,4%
Amigos/Colégas	6	1,9%	2,1%
TOTAL	309	100,0%	-----

Em relação à informação que os adolescentes tiveram durante o percurso escolar, acerca dos malefícios do tabaco na adolescência, dos 280 que responderam à questão (63 participantes não responderam), 84,9% referiram que foi ministrada por profissionais de educação (professor ou diretor de turma), 8,8% por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos ou psicólogos), 15,1% pela família e 3,2% por amigos/colegas (tabela 31).

TABELA 31 - Agentes que ministram a informação acerca dos malefícios do tabaco na adolescência

AGENTES DE INFORMAÇÃO	n	% (Coluna)	% (Linha)
Profissionais de Educação	241	75,8%	84,9%
Profissionais de Saúde	25	7,9%	8,8%
Família	43	13,5%	15,1%
Amigos/Colegas	9	2,8%	3,2%
TOTAL	318	100,0%	-----

Quanto ao local onde foi dada a informação acerca dos malefícios do álcool na adolescência, 95,7% referiram que foi na escola, 10,1% em casa e 1,1% em outros locais, tais como o centro de saúde e a rua. Responderam a esta questão 276 adolescentes, tendo alguns mencionado mais do que um local (não obtivemos resposta de 67 participantes) (tabela 32).

TABELA 32 - Local onde é ministrada a informação sobre os malefícios do álcool

LOCAL	n	% (Coluna)	% (Linha)
Escola	264	89,5%	95,7%
Casa	28	9,5%	10,1%
Outros	3	1,0%	1,1%
TOTAL	295	100,0%	-----

Relativamente ao local onde foi ministrada a informação acerca dos malefícios do tabaco na adolescência, verificou-se que 92,4% mencionaram a escola, 14,9% a casa e 1,1% outros locais (centro de saúde/rua). Constatou-se também que alguns adolescentes referiram mais do que um local de informação e não obtivemos resposta de 72 participantes (tabela 33).

TABELA 33 - Local onde é ministrada a informação sobre os malefícios do tabaco

LOCAL	n	% (Coluna)	% (Linha)
Escola	254	85,2%	92,4%
Casa	41	13,8%	14,9%
Outros	3	1,0%	1,1%
TOTAL	298	100,0%	-----

Ao analisar se os adolescentes têm o desejo de receber mais alguma informação sobre o consumo de álcool na adolescência, verificou-se que 69,3%

(n=305) dos inquiridos referem não desejar receber mais informação, 30,5% (n=135) dizem que sim e 0,2% (n=1) não responderam.

Dos 135 adolescentes que manifestaram o desejo em obter informação adicional sobre álcool, somente 105 indicaram o agente de informação desejado para a realizar. Verificou-se que alguns adolescentes referiram mais que um agente de informação e não obtivemos resposta de 30 participantes. Assim, 48,6% (n=51) manifestaram o desejo pelos profissionais de saúde, 42,9% (n=45) pelos profissionais de educação, 18,1% (n=19) pela família e 2,9% (n=3) por outros agentes.

Em relação aos 135 adolescentes que desejam obter informação adicional sobre álcool, somente 100 indicaram os locais desejados para obter mais informação (não responderam 35 participantes). Constatou-se que para a maioria (85%; n=85) dos adolescentes a escola é o local de eleição, para 15% (n=15) é a casa e 6,0% (n=6) referem as instituições de saúde, o hospital/centro de saúde.

Ao questionar se os adolescentes desejariam receber mais informação sobre o consumo de tabaco na adolescência, verificou-se que a maioria (70,3%; n=310) não tem esse desejo, 29,3% (n=129) manifestam desejo em adquirirem mais informação e 0,4% (n=2) não responderam.

Dos 129 participantes que expressaram o desejo em obter mais informação sobre o consumo de tabaco, apenas 99 indicaram o agente de informação desejado para a realizar. Constatou-se que houve participantes que referiram mais do que um agente de informação e não obtivemos resposta de 30 inquiridos. Assim, concluiu-se que são os profissionais de saúde os agentes de informação mais desejados (48,5%; n=48), seguidos pelos profissionais de educação (37,4%; n=37), a família (15,2%; n=19) e outros agentes de informação - colegas e amigos - (5,1%; n=5).

Em relação aos 129 adolescentes que desejam obter informação adicional sobre tabaco, apenas 93 indicaram o local desejado. Não responderam à questão 36 participantes. O local predileto no qual os adolescentes desejam receber mais informação sobre o consumo de tabaco na adolescência é a escola, referida por 83,9% (n=78) dos participantes, sendo referida a casa por 15,1% (n=14) e as instituições de saúde (hospital/centro de saúde) por 6,5% (n=6).

Associando as duas variáveis em estudo, observou-se que 68,1% (n=299) dos inquiridos dizem não desejar ter mais informações sobre o tabaco e o álcool, e 28,2% (n=124) desejam receber mais informação sobre as duas temáticas.

Para saber quais os agentes que ministraram o conhecimento sobre os malefícios do álcool e os agentes desejados para obter mais informação sobre o

este consumo na adolescência, procedeu-se ao cruzamento das variáveis e obtiveram-se os seguintes resultados: dos adolescentes que tinham sido informados pelos profissionais de educação, a maioria (54,5%; n=42) prefere outros agentes (profissionais de saúde, família e outros) para adquirir mais informação sobre o consumo de álcool, tendo preferência pelos profissionais de saúde 40,3% (n=31), pela família 11,7% (n=9) e por outros agentes de informação (amigos/colegas) 2,6% (n=2) (tabela 34).

Dos adolescentes que tinham adquirido a informação sobre álcool com os profissionais de saúde, a sua maioria (90,0%; n=9) mantém a sua preferência pelos mesmos profissionais para obter mais conhecimento (tabela 34).

TABELA 34 - Quem informou os adolescentes sobre os malefícios do álcool e quem eles gostariam que lhes desse mais informação sobre a temática

AGENTE INFORMAÇÃO ADQUIRIDA/DESEJADA	Profissionais de Educação	Profissionais de Saúde	Família	Outros
Profissionais de Educação	35(45,5%)	31(40,3%)	9(11,7%)	2(2,6%)
Profissionais de Saúde	1(10,0%)	9(90,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Família	2(22,2%)	3(33,3%)	3(33,3%)	1(11,1%)
Outros	0(0,0%)	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)

Quanto aos agentes que ministraram o conhecimento sobre os malefícios do tabaco e os agentes desejados para obter mais informação sobre este consumo na adolescência (tabela 35), procedeu-se ao cruzamento das variáveis e obtiveram-se os seguintes resultados: os adolescentes que tinham sido informados pelos profissionais de educação, metade (50,0%; n=35) preferem outros informantes, nomeadamente, profissionais de saúde (38,6%; n=27), família (8,6%; n=6) e outros agentes (2,9%; n=2).

Dos adolescentes que tinham adquirido o conhecimento sobre tabaco pelos profissionais de saúde, a maioria (81,8%; n=9) mantém a sua preferência pelos mesmos profissionais para obter mais informação (tabela 35).

TABELA 35 - Quem informou os adolescentes sobre os malefícios do tabaco e quem eles gostariam que lhes desse mais informação sobre a temática

AGENTE INFORMAÇÃO ADQUIRIDA/DESEJADA	Profissionais de Educação	Profissionais de Saúde	Família	Outros
Profissionais de Educação	35(50,0%)	27(38,6%)	6(8,6%)	2(2,9%)
Profissionais de Saúde	0(0,0%)	9(81,8%)	0(0,0%)	2(18,2%)
Família	1(10,0%)	6(60,0%)	2(20,0%)	1(10,0%)
Outros	0(0,0%)	1(50,0%)	0(0,0%)	1(50,0%)



A maioria dos participantes (68,6%; n=301) afirma ter desenvolvido pelo menos um trabalho sobre álcool e/ou tabaco durante o seu percurso escolar (não obtivemos resposta de 2 participantes).

Quando questionados acerca do desejo da existência de um local privado onde pudessem falar sobre questões relacionadas com o álcool e/ou tabaco, observou-se que a maioria (57,9%; n=254) dos adolescentes não deseja esse local. Contudo, 42,1% (n=185) referem que gostariam (2 participantes não emitiram qualquer opinião sobre o assunto).

Relativamente à existência de um gabinete de informação e apoio ao aluno (GIAA) na escola, 94,7% (n=415) afirmam que têm conhecimento desse gabinete, apesar da maioria dos participantes (89,7%; n=392) nunca ter recorrido a ele.

Com o objetivo de analisar os motivos pelos quais os 45 participantes recorrem ao GIAA, solicitou-se que justificassem a sua opinião. Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido pelos adolescentes, tendo-se posteriormente construído as categorias. Responderam a esta questão 42 (93,3%) dos 45 adolescentes que recorreram ao GIAA. Com base na análise das respostas dos participantes que referiram o motivo da sua ida ao gabinete, construíram-se quatro categorias (tabela 36): “Motivos de âmbito pessoal”; “Problemas de saúde”; “Problemas familiares” e “Outros”. A maioria dos adolescentes refere como razões para recorrer ao GIAA motivos que se incluem na categoria “Outros”. Nesta categoria incluíram-se todas as respostas dos adolescentes que tinham recorrido ao gabinete por indicação de terceiros. Na tabela 36 apresentam-se as categorias e algumas unidades de registo.

TABELA 36 - Motivos pelos quais os adolescentes recorrem ao GIAA

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Motivos de Âmbito Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivos pessoais</li> <li>• Privado</li> </ul>
Problemas de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fui ao psicólogo</li> <li>• Nervos</li> <li>• Ser gorda</li> <li>• Sobre a minha saúde</li> </ul>
Problemas Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas em casa e na escola</li> <li>• Problemas familiares</li> </ul>
Outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança de área no 2º período</li> <li>• Enviado pelo diretor de turma/professor</li> <li>• Influência de amigos</li> <li>• Conflitos/brigas com colegas</li> </ul>

Constatou-se que os adolescentes com menor idade (10-13 anos) e do sexo feminino estão mais associados ao facto de desejarem obter informação sobre o

consumo de álcool/tabaco e o desejo da existência de um local privado onde pudessem falar acerca dessas temáticas. À medida que a idade aumenta - de 10-13 anos para 17-19 anos os adolescentes, particularmente os do sexo masculino, deixam de desejar essa informação sobre os consumos de álcool/tabaco e referem não necessitar de um local privado para abordar esses temas.

## 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, procede-se à discussão dos principais resultados encontrados na nossa investigação.

Como se referiu no capítulo um, a adolescência é um período de grandes mudanças a nível físico, cognitivo, emocional e social, e um tempo de descobrir e encarar novos desafios, e muitas das escolhas e comportamentos que os adolescentes adotam nesse período, têm impacto na sua saúde atual e futura. A experimentação e iniciação aos consumos de tabaco e de álcool ocorrem, normalmente, nesta fase da vida (Abreu e Caiaffa, 2011; Breda, 2010; Cordeiro, 2009; Fraga, Ramos e Barros, 2006; Kaestle e Wiles, 2010; Matos, 2008; Melchior *et al.*, 2008; Simões, 2007; Sousa, 2008).

Em relação ao consumo de tabaco, verificou-se no nosso estudo que 18,6% dos adolescentes fumavam. Este resultado assemelha-se ao de outros investigadores (Ferreira, 2008; Ferreira e Torgal, 2010; Hibell *et al.*, 2009; Leatherdale, 2008; Marinho, 2007; Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010; Medalho, 2008; Moreno, Ventura e Brêtas, 2009; Rodrigues *et al.*, 2007) que concluíram que a maioria dos adolescentes não consome tabaco. Contudo, a percentagem de adolescentes fumadores (18,6%) que se encontrou é superior à encontrada por Ferreira (2008) (13,4%), o que consideramos preocupante se atendermos ao facto que o nosso estudo abrange um intervalo de idades mais amplo (10-19 anos), comparativamente com o referido (15-19 anos). Estes dados poderão estar associados ao facto do nosso estudo incluir estudantes do Ensino em Alternância (CEF e CPROF) onde se encontra uma grande percentagem de adolescentes fumadores (51,3% vs 33,3%) comparativamente com o Ensino Regular (13,5%).

O fumar tem um risco acrescido para a saúde, particularmente quando este consumo se inicia na adolescência (Abreu e Caiaffa, 2011; Barreto *et al.*, 2010; Ferreira, 2011; Fraga, Ramos e Barros 2006; Kaestle e Wiles, 2010; Matos, 2008).

A idade com que os participantes, do nosso estudo, começaram a fumar variou entre os 7 e os 18 anos, sendo a média de 13,8 anos (DP=2,2). Os nossos resultados estão em consonância com os de outros autores (Carvalho *et al.*, 2007; Feijão, 2007; Feijão, 2010; Fraga, Ramos e Barros 2006) e com o que referem outros investigadores: é na fase inicial da adolescência que grande parte dos adolescentes inicia o consumo de tabaco (Ferreira, 2008; Matos, 2008; Simões, 2007). A idade de iniciação ao consumo de tabaco nas raparigas revelou-se inferior quando comparada com a dos rapazes (13,4 vs 14,0 anos), o que corrobora os valores encontrados por Ferreira (2008) e Ferreira e Torgal (2010).

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de adolescentes mais novos (10-13 anos) e os mais velhos (17-19 anos) ( $p<0,001$ ) quanto ao hábito de fumar, sendo este superior nos mais velhos (3,6% vs 39,1%), o que vai de encontro a outros estudos (Abreu e Caiaffa, 2011; Carvalho *et al.*, 2007; Ferreira, 2008; Marinho, 2007; Moreno, Ventura e Brêtas, 2009; Silva, 2006; Silva, Silva e Botelho, 2008; Vinagre e Lima, 2006).

Identificou-se uma relação estatisticamente significativa entre géneros e o consumo de tabaco, tendo o sexo masculino (23,9%) mais fumadores que o sexo feminino (12,6%), o que se assemelha ao estudo de Hibell e col. (2012), Ferreira e Torgal (2010), Marinho (2007), e contudo, os resultados achados por Ferreira (2008) não verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Concluiu-se que os adolescentes do nosso estudo fumam em média 7,8 cigarros por dia, este consumo é ligeiramente inferior ao apresentado por Ferreira e Torgal (2010), que concluíram que os adolescentes fumavam em média 8,15 cigarros por dia. Os nossos resultados diferem, ligeiramente, dos encontrados por Vieira e col. (2008), que apuraram que os adolescentes fumavam entre 1 a 5 cigarros, por dia.

Os principais motivos apontados pelos participantes para a iniciação ao consumo de tabaco foram a curiosidade em experimentar (53,8%) e a influência dos amigos (18,3%). Estes resultados assemelham-se aos de outras investigações, em que se refere que os adolescentes fumam para experimentarem novas sensações (Ferreira, 2008; Ribeiro, 2000), por curiosidade (Medalho, 2008) e por influência do grupo de pares (Ferreira, 2008), muito embora, no estudo desta investigadora a influência do grupo de pares fosse superior (38,5%) à referida pelos adolescentes do nosso estudo e o querer experimentar inferior (22,9%).

Concluiu-se, igualmente, que a maioria dos adolescentes não fez nenhuma tentativa para deixar de fumar, mas, manifestou o desejo de deixar de fumar e reduzir o consumo de tabaco. Estes resultados levam-nos a deduzir que os

adolescentes, do nosso estudo, estão sensíveis a uma provável mudança de comportamento, relativa ao consumo de tabaco, bem como às implicações, deste vício, para a sua saúde. Estes achados corroboram os estudos de Ferreira e Torgal (2010); Leatherdale (2008); Leatherdale e McDonald (2005), em que a maioria dos adolescentes, independentemente de fumarem ou não todos os dias, tem a pretensão de deixar e reduzir esse consumo. O desejo de deixar de fumar na adolescência é complexo e muitas vezes verificam-se insucessos e retrocessos, contudo Leatherdale e McDonald (2005) verificaram que alguns adolescentes obtiveram sucesso com a cessação tabágica. De facto após o hábito tabágico se ter instalado a cessação parece ser mais difícil, quer seja pela dependência a dificultar, quer seja pela baixa perceção de risco que os adolescentes lhe atribuem. Segundo Barreira, Gomes e Cunha (2007), os malefícios do consumo de tabaco só são perceptíveis a longo prazo, referindo assim que muitas vezes, as ações de prevenção relacionadas com o tabaco se tornam difíceis.

Relativamente ao ano de escolaridade, verificou-se uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001^{***}$ ) com o consumo de tabaco. Apurou-se que não há adolescentes fumadores no 5.º ano de escolaridade, verificando-se no 9.º e 12.º anos as maiores taxas deste consumo (35,3% vs 35,1% respetivamente). Este resultado pode ser considerado muito importante. Atendendo ao facto de no 5.º ano de escolaridade não se ter verificado a iniciação/experimentação ao consumo, pensamos que é um ano crucial para o início de sessões de EpS de carácter preventivo, pois como referem Breda (2010); Loureiro e Miranda (2010); Simões (2007) e Strauch e col. (2009) é indispensável intervir precocemente e de preferência onde não se tenha verificado a iniciação aos consumos de substâncias.

Em relação à maior taxa de consumo de tabaco se verificar no 9.º e 12.º anos de escolaridade, esta pode estar associada a anos que envolvem um maior stresse, potencialmente provocado pela realização de provas nacionais, bem como com a transição de ciclo. Estudos realizados demonstram que há maior consumo em anos de escolaridade mais avançados e em estudantes com maior número de reprovações (Carvalho, *et al.*, 2007; Ferreira e Torgal, 2010). Adicionalmente, no 12.º ano também poderá ser justificado pela maior idade, bem como, pelo maior desenvolvimento da maturidade e autonomia (Cordeiro, 2009; Fonseca, 2005; Strecht, 2011). De facto é na fase final da adolescência, que os adolescentes estabelecem mais contactos sociais, quer com o grupo de amigos, quer com outras pessoas, têm mais autorização e liberdade por parte dos pais e saem mais à noite, convivendo em locais onde o consumo de substâncias é uma realidade e a

exposição ao risco é maior (cafés, bares e discotecas) (Amaral e Saldanha, 2009; Matos, 2008; Naia *et al.*, 2007).

Quanto ao tipo de ensino, a proporção de adolescentes fumadores é mais acentuada no Ensino em Alternância (CEF e CPROF). Estes resultados, poderão ser explicados por este tipo de ensino ser frequentado por adolescentes mais velhos e/ou com maior taxa de reprovação, e corroboram os obtidos por Negreiros e Chitas (2011) que referem que a prevalência do consumo de substâncias lícitas e ilícitas, diferencia os adolescentes do Ensino Regular dos do Ensino em Alternância, verificando que existe uma associação entre os percursos de insucesso escolar e o consumo de substâncias.

Concluiu-se que há uma associação significativa entre o consumo de tabaco e as expectativas futuras dos inquiridos ( $p < 0,001^{***}$ ). A maior taxa de fumadores encontra-se nos adolescentes que pretendem acabar a escola e ir trabalhar (35,5%) e os que pretendem interromper o ano e ir trabalhar (75,0%), contrariamente aos jovens que pretendem seguir para o ensino superior (11,5%). Os resultados obtidos suportam os de Schenker e Minayo (2005) que concluíram que os adolescentes que têm objetivos definidos investem no futuro e obtêm maior satisfação com a vida, apresentando menor probabilidade de consumo de substâncias.

O nosso estudo revelou uma relação significativa entre o tipo de amigos e o consumo de tabaco ( $p = 0,001^{***}$ ). Nos adolescentes em que o grupo de amigos é constituído simultaneamente por colegas da turma, colegas de escola, zona de residência e outras pessoas há uma maior taxa de fumadores, quando comparados com os adolescentes que apresentam apenas uma só tipologia de grupo de amigos. As relações interpessoais que os adolescentes estabelecem com outras pessoas significativas do seu meio, moldam os comportamentos e servem de modelo para estes (Claes, 2007). A influência do grupo de amigos é habitualmente referida como uma das principais causas do consumo de substâncias na adolescência, principalmente quando este tipo de comportamento é adotado pelos elementos do grupo (Abreu e Caiaffa, 2011; Cordeiro, 2009; Matos, 2008; Simões, 2007; Strecht, 2011).

Verificou-se que os adolescentes que fumam são os que frequentam mais os locais considerados de risco, tais como, as discotecas, os cafés e os bares, estando em consonância com outros investigadores (Carvalho *et al.*, 2007; Ferreira e Paúl, 2009; Naia *et al.*, 2007).

Existe relação significativa entre o tipo de companhia para os tempos livres e a forma de ocupação desses momentos ( $p < 0,001^{***}$ ), comparativamente com o

grupo de não fumadores, os fumadores apresentam um grupo de amigos mais variado e uma ocupação dos tempos livres, também, diversificada incluindo a frequência de cafés, bares e discotecas. Estes locais estão associados ao risco e é nestes contextos que se verifica um maior consumo de tabaco e outras substâncias (Naia *et al.*, 2007; Matos, 2008; Sousa, 2008).

Comprovou-se a existência de associação entre o facto de os amigos serem fumadores e o consumo de tabaco pelos adolescentes ( $p=0,001^{***}$ ), o que está em consonância com outras investigações (Abreu e Caiaffa, 2011; Engels *et al.*; 2004; Ferreira, 2008; Leatherdale, 2008; Ma *et al.*, 2008; Medalho, 2008; Vieira *et al.*, 2008). Tal como Brito (2009), somos de opinião que o grupo de pares exerce uma forte influência social nos adolescentes, e a partilha de ideias, atitudes, valores e comportamentos parecem ser um importante modelo para o consumo de tabaco e outras substâncias.

Constatou-se, ainda, que o viverem com familiares que têm o hábito de fumar, não revelou uma associação estatisticamente significativa com o consumo de tabaco pelos adolescentes, estes resultados são semelhantes aos descritos por Medalho (2008), que não encontrou uma relação entre o consumo de tabaco dos pais e o dos filhos. Contudo, diferem dos de outros investigadores, que verificaram que existe associação entre o consumo dos pais e dos filhos (Ferreira, 2008; Ferreira e Torgal, 2010; Ma *et al.*, 2008; Malcon, Menezes e Chatkin, 2003; Moreno *et al.*, 2009; Reinaldo *et al.*, 2010).

De acordo com a opinião dos inquiridos, a maioria dos pais não tem conhecimento que os filhos fumam e apenas 24% dos que consomem têm autorização dos pais para o fazer. Os nossos resultados assemelham-se aos obtidos por Matos e col. (2003) que, também, concluíram que os pais por norma não têm conhecimento que os adolescentes fumam e, quando o sabem, ficam descontentes e pedem aos filhos para não fumar. Comparando os nossos resultados com os de Ferreira (2008) verificou-se que os pais apresentam menor conhecimento e maior reprovação do hábito de fumar dos filhos, podendo esta desaprovação justificar um menor número de fumadores, pois, as atitudes positivas da família em relação aos consumos reforçam a iniciação dos filhos e os comportamentos dos pais e família têm influência nas atitudes dos adolescentes (Simões, 2007; Schenker e Minayo, 2005).

Concluiu-se que era no grupo dos estudantes que gostavam pouco da sua vida que se encontrava uma maior percentagem de fumadores, estes resultados corroboram os de outros estudos que apuraram que eram os adolescentes que estavam menos satisfeitos com a vida os que mais fumavam (Marinho, 2007 e

Schenker & Minayo, 2005) e levam-nos a considerar que este consumo poderá ser explicado como uma estratégia de *coping*, ou seja, os adolescentes fumam para alívio do stresse.

O consumo de tabaco potencia o consumo de outras substâncias, como o álcool (Ferreira-Borges e Filho, 2004; Matos, 2008; Simões, 2007). No nosso estudo, também, se verificou que existe uma relação significativa entre o consumo de tabaco e o consumo de álcool ( $p < 0,001^{***}$ ). Estes resultados corroboram os de outros investigadores (Dowdell, 2006; Smith *et al.*, 2008) que concluíram que os adolescentes que consomem tabaco são os que mais consomem álcool. Assim, e relativamente ao consumo de tabaco e face aos resultados obtidos, seria importante repensar e desenvolver sessões de EpS para prevenir o início deste consumo e promover a cessação nos adolescentes que já fumam.

Existe uma relação significativa entre o interesse da família pelos problemas dos filhos e o consumo de tabaco, verificou-se que em 75% dos participantes fumadores, a família, de acordo com a opinião dos adolescentes, demonstra pouco interesse pelos seus problemas. Este é um fator que parece contribuir para a adoção de comportamentos tabágicos.

Verificou-se, também, que os adolescentes fumadores são os que desenvolveram mais trabalhos sobre álcool e/ou tabaco, durante o percurso escolar, quando comparados com os adolescentes que não fumam. Tal poderá estar relacionado com o facto de os adolescentes que não fumam, desejarem obter mais informações sobre estas temáticas ou levar-nos a pensar que nem sempre a formação que se realiza para os adolescentes é a adequada para os ajudar a modificar os seus comportamentos.

Sintetizando em relação aos fatores relacionados com o consumo de tabaco, verificou-se, no nosso estudo, uma associação significativa com a idade, o sexo, o tipo de ensino/ano de escolaridade/nível de ensino, as expetativas futuras, o tipo de amigos, a companhia e forma de ocupação dos tempos livres, o gosto pela vida, a existência de problemas, o interesse da família sobre os problemas dos filhos, o desenvolvimento de um trabalho sobre tabaco/álcool durante o percurso escolar, e o facto de ter amigos fumadores. Pelo contrário, não se encontrou uma relação estatisticamente significativa com o local de residência dos adolescentes, o facto de terem um grupo de amigos, o interesse dos amigos sobre os problemas, o tipo de família, as habilitações literárias do pai e da mãe, a profissão do pai e da mãe, e a existência de informação adquirida sobre os malefícios do tabaco.

O consumo de álcool tem início na adolescência e está a tornar-se um hábito, podendo muitos dos adolescentes vir a ter um consumo regular (Breda,



2010; Hamilton *et al.*, 2010; Matos, 2008; Sampaio, 2006; Scholte *et al.*, 2008). Este consumo ocorre, grande parte das vezes, com os amigos e o grupo de pares, sendo que esses parecem influenciar a iniciação e a determinação no consumo de outras substâncias (Ferreira e Torgal, 2010; Matos, 2008).

Na nossa investigação e relativamente ao consumo de álcool verificou-se que 45,3% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas. Estes resultados são preocupantes, tendo em conta que este valor é ligeiramente superior ao encontrado por Ferreira (2008) em que 42,6% dos adolescentes revelavam este consumo. Tal como referido anteriormente e relativo ao consumo de tabaco, o nosso estudo abrange estudantes do Ensino em Alternância (CEF e CPROF) onde se verifica um maior consumo de álcool (94,9% vs 84,6%), comparativamente com o Ensino Regular (35,5%). Contudo, outros estudos reportam valores superiores do consumo de álcool, quando comparados com o nosso (Gomes, 2005; Hibell *et al.*, 2012; Monteiro e Rodrigues, 2009; Vieira *et al.*, 2008).

Constatou-se que é no grupo dos adolescentes mais velhos (17-19 anos) que se encontra uma maior percentagem de consumidores e de participantes que já tiveram pelo menos um episódio de embriaguez, o que corrobora os resultados de outros investigadores (Ferreira, 2008; Ferreira e Paúl, 2009; Hibell *et al.*, 2012; Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010; Melchior *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2007).

Evidenciou-se no nosso estudo que a idade mínima de início do consumo foi aos 5 anos e a máxima aos 18 anos, sendo a média de 13,5 anos e que a idade está significativamente associada a este hábito, sendo na fase final da adolescência que se encontra uma maior percentagem de consumidores. Resultados que estão de acordo com outras investigações (Ferreira e Torgal, 2010; IAS, 2007; Melchior *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2007; Scholte *et al.*, 2008), contudo diferem dos de Carvalho e col. (2007), que concluíram que era na classe etária dos 13-15 anos que se encontrava o maior número de consumidores e, dos de Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2010) em que a idade de início são os 12-13 anos. Tal como outros investigadores pensamos que algumas das razões que podem explicar os nossos resultados, se devem à maior autonomia e identidade que os adolescentes adquirem na fase final da adolescência, bem como, a existência de um maior envolvimento com o grupo de pares e um menor controlo por parte dos pais (Brown *et al.*, 2008; Fonseca, 2005; Hamilton *et al.*, 2010; Strecht, 2011).

Tal como esperado, verificou-se a existência de diferenças significativas entre o hábito de consumir álcool e os géneros ( $p < 0,001^{***}$ ), tendo o sexo

masculino maior percentagem de adolescentes bebedores que o sexo feminino (56,2% vs 33,3%), estando em consonância com os estudos de outros autores (Barreto *et al.*, 2010; Carvalho *et al.*, 2007; Ferreira, 2008; Ferreira e Torgal, 2009; Hibell *et al.*, 2012; Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010; Rodrigues *et al.*, 2007; Scholte *et al.*, 2008).

Quanto à influência do ano de escolaridade e o hábito de consumir álcool, verificou-se a existência de uma relação significativa ( $p < 0,001^{***}$ ), aumentando a percentagem de consumidores à medida que avança a escolaridade dos adolescentes. É no grupo dos mais novos que se encontra uma menor percentagem de consumidores, dado que corrobora os estudos de outros autores (Hibell *et al.*, 2012; Feijão, 2010; Ferreira e Torgal, 2010; Hibell *et al.*, 2009; Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2010; Melchior *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2007), e no grupo dos que frequentam o 9º e 12º anos de escolaridade a maior proporção de consumidores de bebidas alcoólicas. Este resultado assemelha-se ao obtido por Ferreira (2008), que concluiu que era no 12º ano que se encontrava maior percentagem de consumidores de álcool. Concluiu-se também, que há uma influência significativa do tipo e nível de ensino ( $p < 0,001$ ), estando a maior prevalência de consumo de álcool nos adolescentes que frequentam o CEF (94,9%), o CPROF (84,6%) e o Ensino Secundário (68,9%). Pensamos que estes resultados possam estar relacionados com o facto de nos Cursos em Alternância se encontrarem estudantes com maior historial de reprovações, maior idade comparativamente ao ano escolar, mais problemas de comportamento e objetivos de vida que não passam por continuar um percurso escolar (Negreiros e Chitas, 2011). Face a estes resultados pensamos ser pertinente um maior investimento que vise mudanças no comportamento dos adolescentes que frequentam este tipo de ensino.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001^{***}$ ), entre o tipo de amigos com quem os adolescentes convivem e o consumo de álcool, é no grupo de adolescentes cujo grupo de amigos é constituído simultaneamente por colegas da turma, colegas da escola e da zona de residência que há uma maior taxa de consumidores. O que corrobora os resultados obtidos por Carvalho e col. (2007), que referem que os adolescentes escolhem várias companhias para o consumo de substâncias e as conclusões de outros investigadores (Claes, 2007; Kirke, 2004; Matos, 2008; Prinstein e Wang, 2005; Schenker e Minayo, 2005; Simões, 2007) que mencionam que quanto maior é o envolvimento com o grupo de pares, especialmente se este é um modelo de comportamentos e condutas

desviantes, demonstram tolerância e aprovam ou consomem substâncias, maior será a influência para o consumo.

Existe associação significativa entre o tipo de amigos/ocupação dos tempos livres e o consumo de bebidas alcoólicas ( $p < 0,001^{***}$ ), sendo no grupo de adolescentes que ocupam mais o seu tempo livre, preferencialmente em locais públicos, como os cafés, os bares e as discotecas que se encontra uma maior percentagem de consumidores. Alguns autores consideram que é nestes locais que ocorre maior exposição ao risco e consequente iniciação/experimentação no consumo de substâncias (Ferreira, 2008; Matos, 2008; Simões, 2007).

Tal como outros investigadores (Amaral e Saldanha, 2009; Feijão, 2010; Feijão, 2007; Hibell, 2012; Matos e a Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2010; Sousa, 2008) concluiu-se que a bebida de eleição dos adolescentes era a cerveja. Contudo estes resultados diferem dos de Ferreira e Paúl (2009) e dos de Vinagre e Lima (2006), que concluíram que as bebidas mais consumidas eram as destiladas.

No nosso estudo verificou-se que a maioria dos adolescentes refere os cafés como local predileto para o consumo de bebidas alcoólicas. Existe uma menor percentagem de participantes que consomem apenas em casa. Resultados que estão em consonância com os de outros autores (Barroso Mendes e Barbosa, 2009; Ferreira e Paúl, 2009; Naia *et al.*, 2007; Sousa, 2008). Segundo o IAS (2007), a maioria dos inquiridos consome em casa o que sugere uma preferência por um espaço com menor vigilância relativa ao consumo de álcool para menores.

A maioria dos participantes bebe preferencialmente na companhia dos amigos, contudo os familiares são também referidos. Estes resultados eram previsíveis e estão de acordo com outros estudos (Amaral e Saldanha, 2009; Barreto *et al.*, 2010; Carvalho *et al.*, 2007; Ferreira, 2008; Ferreira e Paúl, 2009). Constatou-se ainda que 2,0% dos adolescentes têm o hábito de consumir sozinhos. O que nos sugere que estes adolescentes podem ter uma menor capacidade de socialização e baixa autoestima, podendo vir a adquirir uma maior dependência nos consumos.

Comprovou-se que o facto de os adolescentes fumarem está significativamente associado ao consumo de álcool ( $p < 0,001^{***}$ ), é no grupo de adolescentes fumadores que se verifica maior consumo de bebidas alcoólicas (92,7%). Estes resultados corroboram os apresentados por Júnior, Mendes e Barbosa (2007) e Ferreira (2008).

Os amigos são uma influência para o início do consumo dos adolescentes e os pais são importantes na modelação do comportamento (Carvalho *et al.*, 2007;

Hoffman *et al.*, 2007; Kirke, 2004; Scholte *et al.*, 2008). O ter amigos que consomem bebidas alcoólicas influencia significativamente a probabilidade de os adolescentes beberem álcool. Verificou-se que 96,1% dos participantes que bebem têm amigos bebedores. Estes resultados assemelham-se aos de outros autores (Ferreira, 2008; Vieira *et al.*, 2008).

Dos adolescentes que consomem álcool, 73,0% já tinham experimentado pelo menos um episódio de embriaguez, taxa claramente superior às apresentadas por Gomes e col. (2005), por Feijão (2010) e Ferreira (2008) com 46,0%, 34,0% e 44,1%, respetivamente, e às de Amaral e Saldanha (2009), Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2010) e Rodrigues e col. (2007), que referem que a maioria dos adolescentes nunca consumiu álcool de forma a ficar embriagado. Tal como vimos anteriormente, a nossa investigação apresenta uma elevada percentagem de adolescentes que consomem álcool e para além disso, os dados sugerem-nos também que esse consumo envolve, porventura, grandes quantidades de bebidas alcoólicas, que levam a episódios de embriaguez.

Um dado preocupante é 87,2% dos participantes referirem não desejar deixar de consumir álcool, apesar de terem consciência dos efeitos nefastos para a sua saúde. Estes resultados assemelham-se aos de outros investigadores que salientam que, apesar de alguns adolescentes terem perceção dos efeitos e prejuízos do álcool e outras drogas, continuam motivados para o consumo e não pretendem modificar os seus comportamentos (Barroso *et al.*, 2009; Cox, Calamari e Langley, 2008; Sampaio, 2006; Vinagre, 2007). Pensamos que talvez este resultado se deva em parte, ao facto dos prejuízos maiores que advêm do consumo de álcool só serem perceptíveis a longo prazo e este consumo envolver motivações que se prendem com expectativas positivas e falsos mitos em relação aos efeitos do seu consumo.

Em relação ao conhecimento que os pais têm acerca do consumo de álcool pelos filhos, 83,1% dos participantes dizem que os pais têm conhecimento, resultado que corrobora os estudos de Camacho e Matos (2006) e Ferreira (2008) e o que referem Breda (2010), Cleveland e col. (2010), Schenker e Minayo (2005) e Simões (2007) sobre as atitudes positivas da família em relação aos consumos influenciarem a iniciação aos mesmos, uma vez que os comportamentos dos pais e família servem de modelos para os adolescentes.

Verificou-se a existência de uma relação significativa entre a ingestão de bebidas alcoólicas pelos adolescentes e familiares ( $p<0,001^{***}$ ), não indo de encontro aos resultados de Ferreira (2008), mas corroborando os apresentados por Moreno, Ventura e Brêtas (2009) e Vieira e col (2008). Alguns autores referem que

há um risco acrescido dos adolescentes se tornarem consumidores regulares, se os pais, os irmãos e os amigos também tiverem esse hábito (Scholte *et al.*, 2008).

As expetativas futuras dos adolescentes e o consumo de álcool estão associadas estatisticamente ( $p<0,001^{***}$ ), tendo a maioria dos inquiridos que ambicionam acabar a escola e ir trabalhar e os que pretendem interromper o ano e ir trabalhar uma taxa de consumidores de álcool mais elevada que os adolescentes, que querem seguir o ensino superior ou que não sabem quais as suas expetativas futuras. Estes resultados vão de encontro à opinião de Schenker e Minayo (2005) ao afirmarem que os adolescentes que têm objetivos definidos investem no futuro, apresentam gosto pela vida e têm menor probabilidade de se envolverem no consumo de substâncias.

Existe uma associação significativa entre o consumo de álcool e o gosto que os adolescentes têm pela vida, sendo no grupo dos estudantes que gostam mais ou menos da vida que têm; pouco ou nada da vida que têm, que encontrámos maior taxa de consumidores. Na opinião de alguns autores os adolescentes que referem não gostar da sua vida, apresentam muitas vezes sintomas de depressão, recorrendo ao álcool como estratégia para lidar com esses problemas (Pasch *et al.*, 2010; Schenker e Minayo, 2005).

O interesse da família pelos problemas dos filhos tem relação com o consumo de álcool, é no grupo dos adolescentes que consideram que o interesse da família é menor que se encontra uma maior percentagem de consumidores. Estes resultados estão em consonância aos apresentados por Hamilton e col. (2010) ao referirem que os adolescentes cujos pais apresentavam baixo interesse e menor monitorização parental pelos problemas dos filhos, tinham maior probabilidade de consumir álcool, comparativamente com os que os pais demonstravam um interesse elevado.

Encontrou-se uma associação significativa entre a habilitação literária da mãe e o consumo de álcool ( $p=0,001^{***}$ ), existindo maior taxa de ingestão de álcool nos adolescentes com mães sem escolaridade e menor taxa no grupo de adolescentes em que as mães possuem o ensino superior. Tal poderá ser justificado pelo facto das mães mais instruídas terem maior informação acerca dos malefícios do álcool em idades precoces e não normalizarem/tolerarem o seu consumo pelos filhos adolescentes. Segundo Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2010) a escolaridade dos pais é vista como um importante indicador da saúde e da escolarização dos filhos.

Resumindo em relação aos fatores associados ao consumo de álcool, verificou-se na nossa investigação, uma associação significativa com a idade, o

sexo, o tipo de ensino/ano de escolaridade/nível de ensino, as expectativas futuras, a tipologia do grupo de amigos, a companhia e forma de ocupação dos tempos livres, o gosto pela vida, a existência de problemas, o interesse da família sobre os problemas dos filhos, as habilitações literárias da mãe, o consumo atual de tabaco, o desenvolvimento de um trabalho académico sobre tabaco/álcool e o facto de ter amigos/família consumidores de bebidas alcoólicas.

Os adolescentes deverão ser responsáveis pela sua saúde, e para isso, é necessário que adquiram competências e conhecimentos que lhes permitam optar por comportamentos saudáveis. A EpS deve ser dirigida aos adolescentes e à família, envolvendo a escola e a comunidade, com a finalidade de proporcionar reflexões que permitam mudança nos comportamentos (Araújo, Dias e Bustorff, 2011; Loureiro e Miranda, 2010; Vieira *et al.*, 2008).

Concluiu-se que a maioria dos adolescentes diz já ter recebido informação sobre os malefícios do álcool na adolescência, contudo só 9,3% referem que essa informação foi ministrada por profissionais de saúde. A escola foi o local mais indicado pelos adolescentes como sítio onde receberam a informação. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Ferreira (2008). A escola é um local de socialização e de aprendizagem, embora não seja a única entidade responsável pela formação e transmissão de conhecimentos acerca das determinantes de saúde dos adolescentes (Matos, 2008; Sousa, 2008). É, portanto, necessário que haja uma interação e um envolvimento dos profissionais de saúde, de educação, da família, do grupo de pares e da comunidade em geral, pois todos eles representam um papel importante na aquisição de estilos de vida saudáveis pelos adolescentes (PNSE, 2007; Rodrigues *et al.*, 2007).

Apurou-se que a maioria dos participantes durante o percurso escolar obteve informação sobre os malefícios do tabaco na adolescência. Mas, esta só foi ministrada por profissionais de saúde em 8,8% dos casos. Os professores, os pais, amigos e colegas foram também referidos como informantes. Estes resultados corroboram aos encontrados por Ferreira (2008). Alguns autores (Abreu e Caiaffa, 2011; Breda, 2010; Ferreira, 2008; Gaspar *et al.*, 2008; Matos, 2008; Sousa, 2008) referem que uma relação positiva e uma participação dos pais, filhos, grupo de pares, escola e comunidade são benéficas para todos, dado que todos eles contribuem para a modelação de comportamentos na adolescência.

Ao analisar se os adolescentes têm o desejo de receber mais alguma informação acerca do consumo de álcool/tabaco na adolescência, concluiu-se que a maioria dos participantes refere não desejar receber mais informação. De facto e na nossa opinião, uma intervenção deverá ser pensada de forma abrangente não

dando demasiado destaque à transmissão da informação, mas sim a outras estratégias que vão de encontro às necessidades dos adolescentes. Contudo, os adolescentes que expressam o desejo em obter mais informação indicaram os profissionais de saúde como os agentes mais desejados, e a escola como o local predileto para receber essa informação. Estes resultados assemelham-se aos de Ferreira (2008). E, concordamos com esta investigadora quando refere que os profissionais de saúde e, particularmente, os enfermeiros são fundamentais para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida nesta população (Ferreira, 2008; Ferreira, 2011). Somos igualmente da opinião de outros autores (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009; Matos, 2008; Monteiro e Rodrigues, 2009; Precioso e Taveira, 2007; Precioso, 2008; Sampaio, 2006; Simões, 2007; Sousa, 2008; Vieira *et al.*, 2008) que afirmam que a escola é o local ideal para intervir de forma organizada e abranger um maior número de adolescentes, dado que estes passam muito tempo neste local.

Os adolescentes com menor idade (10-13 anos) e do sexo feminino estão mais sensibilizados para obter mais informação acerca dos malefícios do álcool/tabaco e, valorizam a existência de um local privado para falar sobre estas questões. Nos adolescentes mais velhos (17-19 anos), particularmente do sexo masculino, observou-se precisamente o contrário. Deixam de desejar essa informação e referem não necessitar de um local privado para abordar esses temas. Pensamos assim, que há uma crescente necessidade de abordar a problemática dos consumos em contexto escolar, envolvendo os saberes e as competências de diversos profissionais, que promovam a autonomia e a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, apostando numa prevenção primária precoce e particularmente na fase inicial da adolescência, antes da iniciação dos consumos de tabaco e álcool.

Evidenciou-se no nosso estudo que a maioria dos adolescentes afirma ter desenvolvido pelo menos um trabalho sobre o álcool e/ou tabaco durante o seu percurso escolar. Constatou-se que de acordo com as indicações do PNSE as temáticas do tabaco/álcool na adolescência foram abordadas em contexto escolar. Um investimento na promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes é crucial, não só para a saúde dos próprios, como também, para as gerações futuras (Ferreira, 2008). Contudo, será necessário promover e implementar intervenções baseadas nas intenções dos adolescentes, que lhes permitam desenvolver competências para resistir à pressão do grupo de pares, para evitar ou adiar as experiências com o consumo de substâncias e acima de tudo ajudá-los a ter decisões autónomas e optar por comportamentos saudáveis

(Dowdell, 2006; Fernandes *et al.*, 2010; Ferreira, 2008; Ferreira, 2011; PNS, 2009; Ribeiro, 2005).

De acordo com o que era perceção, resultante do nosso exercício profissional, concluiu-se que a maioria dos adolescentes tem conhecimento da existência do GIAA, apesar de nunca ter recorrido ao mesmo. Na nossa opinião este gabinete é muito importante na promoção do crescimento e desenvolvimento saudável dos adolescentes, mas terá de ser mais atrativo e apelativo para aumentar a procura do mesmo pelos adolescentes.

Este gabinete deve disponibilizar aos estudantes informação e apoio no âmbito da EpS, promovendo fatores de proteção nesta população. Alguns autores referem que a procura de ajuda apropriada é reconhecida como um desses fatores importantes para o tratamento precoce e prevenção dos problemas de saúde na adolescência (Strecht, 2011; Wilson *et al.*, 2009).



## CONCLUSÕES

A investigação é essencial para o desenvolvimento e expansão do conhecimento em Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, para que, no contexto da prática, haja excelência nos cuidados a prestar.

Ao longo deste trabalho reconheceu-se que a adolescência é um período de mudanças, de descobertas, de novos desafios e como tal um período de riscos. Alguns adolescentes vivenciam esta fase sem problemas, contudo outros adotam diversos comportamentos de risco e comprometem a sua saúde atual e muitas vezes a futura. O envolvimento nesses comportamentos, nomeadamente no consumo de tabaco e de álcool, é uma realidade para muitos adolescentes, e traduz-se numa preocupação para a saúde pública.

É fundamental conhecer os riscos que advêm de determinados estilos de vida e comportamentos que os adolescentes adotam. Além disso, é imprescindível conhecer o perfil daqueles que se envolvem neste tipo de comportamentos, de forma, a que a intervenção dos enfermeiros e outros profissionais de saúde seja adequada às necessidades específicas de cada adolescente (Ferreira, 2008; Ferreira, 2011; Reinaldo *et al.*, 2010; Santos, 2009).

É durante esta etapa da vida que os adolescentes sentem necessidade de serem autónomos, mas para que isso aconteça é necessário ajudá-los a definir limites, a valorizar atitudes e valores, promovendo precocemente competências pessoais e sociais que lhes permitam um desenvolvimento saudável (Carvalho, Erdmann e Santana, 2011; Ferreira, 2011; OE, 2010).

Evidenciam-se de seguida as principais conclusões da nossa investigação, relativamente a:

- ✓ Consumo de tabaco: 18,6% dos participantes são fumadores; são os rapazes que têm maior taxa de consumidores de tabaco; fumam em média 7,8 cigarros diários e iniciaram este consumo com uma média de 13,8 anos de idade; a família e os amigos têm o hábito de fumar; a

maioria dos adolescentes fumadores gostaria de deixar de fumar/reduzir este consumo.

- ✓ Consumo de álcool: 45,3% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas; são os rapazes que têm maior percentagem de consumidores de álcool; a bebida de eleição é a cerveja, para os ambos os géneros; a maioria já experimentou pelo menos um episódio de embriaguez e não deseja deixar este consumo; bebem preferencialmente com os amigos em cafés.
- ✓ Ep5: a maioria dos adolescentes já teve informação acerca dos malefícios do consumo de álcool/tabaco na adolescência; desenvolveu um trabalho acerca destas temáticas durante o seu percurso escolar e não deseja obter mais informação. Os adolescentes com idades compreendidas entre os 10-13 anos estão mais sensibilizados para obter mais informação; a maioria dos participantes manifestou preferência que esta fosse realizada pelos profissionais de saúde e na escola.

Concluiu-se na nossa investigação que o consumo de tabaco/álcool está significativamente relacionado com a idade, o sexo, o tipo de ensino frequentado, as expetativas futuras, o tipo de amigos, a companhia e forma de ocupação dos tempos livres, o gosto pela vida, os problemas na vida e interesse da família pelos mesmos, os hábitos de consumo dos familiares e dos amigos, bem como a informação adquirida sobre os malefícios destas substâncias na adolescência.

Dos resultados deste estudo, podemos ainda referir que existem dentro desta Escola dois grupos de risco prováveis:

- ✓ Um grupo de risco para o consumo de tabaco, com as seguintes características: sexo masculino; idades compreendidas entre os 17-19 anos; a cursar o 9º, 11º e 12º anos de escolaridade do Ensino em Alternância; têm como expetativas futuras interromper o ano e irem trabalhar; o grupo de amigos é constituído por colegas de turma, colegas de escola, zona de residência e outros amigos; os amigos são fumadores; têm pouco gosto pela vida; consideram que têm muitos problemas na sua vida e que a família demonstra pouco interesse pelos mesmos;
- ✓ Um grupo de risco para o consumo de álcool, com as características: sexo masculino; idades compreendidas entre os 14-16 e 17-19 anos; a cursar o 9º e 12º anos de escolaridade do Ensino em Alternância; têm como expetativas futuras interromper o ano e irem trabalhar; o grupo de amigos é constituído por colegas de turma, colegas de escola, zona

de residência e outros amigos; passam os tempos livres com os amigos, preferencialmente em cafés, bares e discotecas; já tiveram pelo menos um episódio de embriaguez; têm o hábito de fumar; os amigos e família consomem álcool; gostam pouco da vida que têm; consideram que têm muitos problemas na sua vida e que a família demonstra pouco interesse pelos mesmos.

As prevalências do consumo de tabaco e de álcool que se encontraram merecem a nossa atenção, constituindo um importante alerta para a necessidade de continuar a definir estratégias de intervenção, que ajudem à adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes.

Sugere-se, por um lado, a continuação de intervenções de carácter preventivo, abrangendo os diferentes contextos de vida dos adolescentes: o grupo de pares, a família, a escola e restante comunidade. Por outro lado, os nossos resultados apontam também para a necessidade de intervenções mais específicas, em grupos identificados como de risco, atendendo às suas características particulares. Pois, como referem alguns autores é fundamental investir na prevenção primária, preferencialmente em etapas onde ainda não se tenha verificado a iniciação e/ou experimentação de tabaco e álcool pelos adolescentes, não só pelas consequências para o desenvolvimento e saúde, como também porque os que iniciam precocemente têm um risco acrescido de se tornar dependentes na idade adulta e também porque é mais fácil conseguir adiar a iniciação do que a cessação do hábito (Barroso *et al.*, 2009; Breda, 2010; Cordeiro, 2009; Cox, Calamari e Langley, 2008; Ferreira, 2008; Ferreira e Paúl, 2009; Loureiro e Miranda, 2010; Matos, 2008; Sampaio, 2006; Simões, 2007; Strauch *et al.*, 2009; Vinagre, 2007).

Os resultados deste estudo, permitem-nos obter um diagnóstico de situação que nos possibilitará desenvolver um projeto em parceria com a UCC/CS e a Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro, direccionado à população adolescente desta instituição. Pretendemos que a sua implementação se concretize no próximo ano e que tenha início no 2º ciclo, com intervenções do tipo preventivo e avaliação da sua eficácia ao fim de seis meses e em *follow-ups* anuais.

Por último, considera-se crucial para a consolidação deste projeto o envolvimento, a compreensão e a colaboração de todos os que rodeiam o adolescente. As conclusões do nosso estudo evidenciam que é necessário:

- ✓ Programar sessões de EpS com o grupo de pares e os pais, dado que estes são os grandes modeladores de comportamento dos adolescentes;

- ✓ Promover o envolvimento dos professores, das associações de pais, associação de estudantes e de toda a comunidade escolar na saúde dos adolescentes, para que estes sejam também agentes de informação e promotores da saúde;
- ✓ Envolver a Comunidade em geral nas sessões de EpS, na tentativa de dinamizar os recursos existentes para a promoção de estilos de vida saudáveis dos adolescentes;
- ✓ Reformular os conteúdos das sessões de EpS face às necessidades encontradas e implementar intervenções que promovam a autonomia, a responsabilização e a participação ativa dos adolescentes;
- ✓ Promover competências nos adolescentes acerca de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- ✓ Promover intervenções específicas para os estudantes do Ensino em Alternância, uma vez que estes integram os grupos de maior risco para o consumo de tabaco/álcool;
- ✓ Dinamizar o GIAA e criar uma linha aberta de apoio aos adolescentes acerca dos consumos de tabaco e álcool, com disponibilidade de e-mail/telemóvel para que estes se sintam seguros e esclarecidos;
- ✓ Apostar em intervenções diferentes para adolescentes com pais/amigos que consomem ou não consomem tabaco e/ou álcool;
- ✓ Promover ações de EpS para grupos de adolescentes que tentaram deixar de fumar e/ou reduzir este consumo e para outros que gostariam de deixar de consumir bebidas alcoólicas;
- ✓ Promover a aprendizagem pelos pares (Ex. publicidade a adolescentes com estilo de vida saudável, serem os pares a passar a mensagem, através de dramatização, palestras ou outras sessões dirigidas a estudantes);
- ✓ Promover o envolvimento dos adolescentes em atividades de lazer alternativas aos consumos (Ex. festas sem álcool, desporto, atividades artísticas).

As principais motivações e resultados deste estudo foram fundamentais, pois permitiram encontrar um diagnóstico de situação e poderá contribuir para o aperfeiçoamento da prática de Enfermagem no âmbito da EpS, e obter ganhos em saúde nos adolescentes.

Estamos conscientes de algumas limitações que esta investigação possa ter, pelo facto de ter sido restrita a adolescentes que se encontram a estudar no ensino público da Escola Básica e Secundária de Mogadouro, não abrangendo as

outras escolas do Distrito (públicas, privadas e profissionais). Contudo, optou-se por realizar este estudo nesta Escola, com o propósito de obter resultados no local onde irá ser concretizada a intervenção, pois trata-se da única Escola do Distrito abrangida pela UCC/CS de Mogadouro.

Ao finalizar este trabalho, considera-se imprescindível que a investigação nesta área continue e os profissionais de saúde - Enfermeiro das UCC/CS - sejam promotores de comportamentos saudáveis para os adolescentes. Sugere-se, para futuras investigações, o estudo de outros comportamentos de risco em que os adolescentes se envolvem, tais como o consumo de substâncias ilícitas e comportamentos sexuais de risco, com vista a identificar intervenções de Enfermagem que promovam a saúde desta população.

Crescer e mudar comportamentos não é fácil, mas este trabalho pode contribuir significativamente para abrir novos caminhos. E assim sendo, para nós *“O caminho então tomado será um rumo para o futuro”* (Strecht, 2005, p. 27).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M.N.S.; CAIAFFA, W.T. - Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. ISSN. 1020-4989 Vol 30, nº 1 (2011), p. 22-30.

ABREU, Margarida - Desenvolvimento da Identidade do Ego em Grávidas e Mães Adolescentes: Um Estudo Longitudinal. In *Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte*. Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 155-163.

AGANTE, Diana Marisa Carvalho - *Comportamentos Relacionados com o Consumo de Bebidas Alcoólicas durante as Festas Académicas nos Estudantes do Ensino Superior*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

ALVES, Laurinda - *Os Adolescentes e o Álcool* [Em linha]. 2007. [Consult. 31 Jan. 2011]. Disponível em URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:201DSzfrEskj:laurindaalves>

AMARAL, A.C.G.; SALDANHA, A.A.W. - Parâmetros Psicométricos do Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool Para Adolescentes. *Psico-USF*. ISSN. 1413-8271 Vol. 14, nº 2 (Maio/Agosto 2009), p. 167-176.

AMBROZANO, Rosemeire Macedo - Uma Atitude Interdisciplinar para Construção do Conhecimento em Educação em Saúde. Comunicação proferida no âmbito da 10ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem. Porto: 30 Set.-3 Out, Organização da Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2008.

ARAÚJO, V.S.; DIAS, M.D.; BUSTORFF, L.A.C.V. - A Instrumentalização da Educação em Saúde na Atenção Básica. *Revista de Enfermagem Referência*. ISSN. 0874-0283 III Série, nº 5 (Dezembro 2011), p. 7-17.

AZEVEDO, A.I.M. - *Processo de Transição do Adolescente Hospitalizado numa Unidade de Adolescentes*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Dissertação de Mestrado.

AZEVEDO, Alda, E.B.I. - *A Consulta do Adolescente* [Em linha]. 2008. [Consult. 10 Junho 2011]. Disponível em URL: <http://www.somape.com.br/consulta>

BARREIRA, Esmeralda; GOMES, Francisco Sampaio; CUNHA, Luís Miguel - Atitudes Face ao Tabagismo: Hábitos Tabágicos e o Papel dos Profissionais de Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN: 1645-0086. Vol 8, nº 1 (2007), p. 197-207.

BARRETO, Maria [et al.] - Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. *Ciência & Saúde Colectiva*. ISSN: 1413-8123. Vol 15, supl 2 (2010), p. 1-9.

BARROS, M.V.G; NAHAS, M.V - Comportamentos de risco em trabalhadores da indústria. *Revista de Saúde Pública*. ISSN: 0034-8910. Vol 35, nº 6 (2001), p. 554-563.

BARROSO, Teresa; BARBOSA, António; MENDES, Aida - Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: Revisão sistemática. *Revista Referência*. ISSN: 0874.0283. II série, nº 3 (Dez 2006), p. 33-44.

BARROSO, Teresa; MENDES, Aida; BARBOSA, António - Análise do Fenómeno do Consumo de Álcool em Adolescentes: Estudo Realizado com Adolescentes do 3º Ciclo de Escolas Públicas - *Revista Latino Americana de Enfermagem*. ISSN: 0104-1169. Vol 17, nº 3 (Maio/Junho 2009), p. 347-353.

BECOÑA, Elisardo - Tratamento do Tabagismo. In *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Actualidade*. São Paulo: Santos Editora, 2008.

BEKAERT, S. - *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.



BENNETT, Paul - *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

BERNAL, Marília Penna - Qualidade de Vida: Sua Percepção Pela Criança, Pela Família e Pelos Profissionais. In *Qualidade de Vida na Infância e na Adolescência*. Porto Alegre: Artemed Editora S.A., 2010.

BORGES, M. [et al.] - Carga da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN: 0873-2159. Vol 15, nº 6 (2009), p. 952-1004.

BREDA, João Joaquim Rodrigues da Silva - *Problemas Ligados ao Álcool em Portugal: Contributos para uma estratégia compreensiva*. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Doutoramento.

BRITO, Irma - Promoção da Saúde nos Jovens utilizando a Educação pelos Pares: Intervenções com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o Cidadão*. Jornal de Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, Ano 7, nº 19, (Junho, 2009), p- 6-7.

BROWN, S. A. [et al.] - A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*. ISSN: 1098-4275. Vol 121, supl 4 (April 2008), p. 290-310.

CAMACHO, Inês; MATOS, Margarida, G. - Práticas Parentais, Escola e Consumo de Substâncias em Jovens. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN: 1645-0086. Vol 7, nº 2 (2006), p. 317-327.

CARIDADE, Sónia; MACHADO, Carla - Violência na intimidade juvenil: Da Vitimação à Perpetração: *Revista Análise Psicológica*. ISSN: 0870-8231. Nº4, série XXIV (Out/Dez, 2006), p. 485-493.

CARVALHO, A. [et al.] - Caracterização do Consumo de Substâncias Psicoactivas Numa População Escolar. *Revista Toxicodependências*. Ministério da Saúde - Instituto da Droga e da Toxicodependência. ISSN: 0874-4890. Vol 13, nº 3 (2007), p. 31-36.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça - *Educação Para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência, 2006.

CARVALHO, J. Nunes; ERDMANN, A. Lorenzini; SANTANA, M. Elizabeh - Autonomia do Cuidado na Perspetiva de Viver Saudável do Adolescente. *Revista de Enfermagem Referência*. ISSN: 0874.0283. III Série, nº 4 (Jul. 2011), p. 17-25.

CASTRO, M.R.P.; MATSUO, T.; NUNES, S.O.V. - Características Clínicas e Qualidade de Vida de Fumantes em um Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. ISSN: 1516-3180. Vol 36, nº 1 (2010), p. 67-74.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. - Adolescência, álcool e drogas: Uma Revisão na Perspectiva da Promoção da Saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. ISSN: 1414-8145. Vol 12, nº 3 (Set 2008), p. 555-559.

CHARLESWORTH, A.; GLANTZ, S.A. - Smoking in the movies increases adolescent smoking: A review. *Pediatrics*. ISSN: 1098-4275. Vol 116 (2005), p. 1516-1528.

CHIAPETTI, Nilse; SERBENA, Carlos - Uso de álcool, Tabaco e Drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. *Psicologia Reflexão e Crítica*. ISSN: 0102-7972. Vol 20, nº 002 (2007), p. 303-313.

CLAES, Michel - *O Universo Social dos Adolescentes*. Lisboa: Edições Instituto Piaget, 2007.

CLAUDINO, João; CORDEIRO, Raúl; ARRIAGA, Miguel - Depressão e Suporte Social em Adolescentes e Jovens Adultos: Um Estudo Realizado Junto de Adolescentes Pré-Universitários. *Nursing*. ISSN: 0871-6196. (Out. 2006), p. 18-22.

CLEVELAND, Michael J.; FEINBERG, Mark E.; GREENBERG, Mark T. - Protective Families in High- and Low-risk Environments: Implications for Adolescent Substance Use. *Journal of Youth and Adolescence* [Em linha]. Vol 39, Issue 2 (2010), p. 114-126. [Consult. 1 Jan. 2010]. Disponível em URL: <http://www.springerlink.com/content/00ng94771202701l/>

CORDEIRO, Mário - *O Grande Livro do Adolescente*. Lisboa: Editora A Esfera dos Livros, 2009.

COSLIN, Pierre G. - *Psicologia do Adolescente*. Lisboa, Edições Instituto Piaget, 2002.

COSTA, Maria Manuela Gonçalves Teixeira da - *A Prática dos Enfermeiros na Educação para a Saúde dos Adolescentes: A Problemática dos Comportamentos de Risco na Adolescência*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

COSTA, Pedro, M.A. - *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: Um Estudo Efectuado com Alunos do 3º Ciclo e do Ensino Secundário* [Em linha]. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2009. [Consult. 27 Abr. 2011]. Disponível em URL: <http://hdl.handle.net/1822/11520>

COX, W. Miles; CALAMARI, Jonh E.; LANGLEY, Mervin - Habilidades de Enfrentamento Para o Comportamento de Beber e Assessoria Motivacional Sistemática: Tratamentos Cognitivo-Comportamentais Para Pessoas Que Têm Problemas Com Álcool. In *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Actualidade*. São Paulo: Santos Editora, 2008.

CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. - *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de - *Promoção da Saúde - Conceitos, Reflexões, Tendências*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Primeira Avaliação do Impacte Resultante da Aplicação da Lei do Tabaco, INFOTABAC Relatório*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2011.

DIRECÇÃO GERAL DE VIAÇÃO - *Sinistralidade Rodoviária. Elementos estatísticos. Observatório de Segurança Rodoviária* [Em linha] Lisboa: Ministério da Administração Interna, 2006. [Consultado em 18 de Dezembro de 2011]. Disponível em URL:

<http://www.ansr.pt/LinkClick.aspx?fileticket=kqcYj4CMFJo%3D&tabid=104&mid=437>

DOWDELL, E.B. - Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Comprehensive Pediatric Nursing*. ISSN: 0146-0862. Vol 29 (2006), p. 157-171.

DRUMOND, Larissa; MACHADO, Livia - *Consumo de Álcool na Adolescência Eleva Risco de Dependência* [Em linha]. Editor BRAHA, Junho 2010. [Consult. 26 Agosto 2011]. Disponível em URL: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/consumo+de+alcool+na+adolescencia+eleva+risco+de+dependencia/n1237656545824.html>

ENGELS, RCME; VITARO F; BLOCKLAND EDE, KEMP, R; SCOLTE, RHJ - Influence and selection processes in friendships and adolescents smoking behavior: de role of parental smoking. *Journal Adolescent*, 27, 2004, p.531-544.

ERIKSON, Erik H. - *Infância e Sociedade*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FALLU, J.S. [et al.]- Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors. *Addictive behaviors* [Em linha]. Vol 35, Issue 12, December 2010, p. 1074-1082. [Consult. 20 Set. 2011]. Disponível em URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030646031000211X>

FARAH, Olga G.D.; SÁ, Ana C. - *Psicologia aplicada à enfermagem*. 1ª Edição, Brasil: Editora Manole, 2008.

FEIJÃO, Fernanda - *Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas*. [Em linha]. Vol 16, nº 1 (2010), p. 29-46. [Consult. 18 Setembro 2011]. Disponível em URL: <http://www.id.pt/investigação/paginas/estudosconcluidos.aspx>

FEIJÃO, Fernanda - *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006: Consumos de drogas e outras substâncias psicoactivas* [Em linha]. 2008. [Consult. 18 Set. 2011]. Disponível em URL: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao>

FEIJÃO, Fernanda - *Relatório ESPAD 2007, Consumo de Substâncias entre os alunos de 35 Países Europeus* [Em linha]. 2007. [Consult. 18 Set. 2011]. Disponível em URL: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>

FEIJÓ, Ricardo; OLIVEIRA, Ércio - Comportamento de risco na adolescência. *Jornal Pediatria*. [Em linha]. Vol 77, nº 2 (2001), p. 125-134. [Consult. 29 Outubro 2010]. Disponível em URL: [http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S125/port\\_print.htm](http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S125/port_print.htm)

FEIST, Jess; FEIST, Gregory J. - *Teorias da Personalidade*. 6ª Ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2008.

FERNANDES, Cláudia [et al.] - Adolescência: Preocupações com o Eu e com o Corpo. *Revista Portuguesa de Bioética*. ISSN: 1646-8082. Ano XVIII/44 N.S., nº2 (Set 2007), p. 219-230.

FERNANDES, R. [et al.] - Estudo de Caso na Síndrome de Dependência do Álcool. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM*, 2010. ISBN: 978-989-96144-2-0.

FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria Olívia - *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2005.

FERREIRA, Maria Margarida da Silva Reis dos Santos - *Estilos de Vida na Adolescência: De Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

FERREIRA, M.M.S.R.S. - Efficacy of Implementation intentions intervention on prevention of smoking among adolescents. *Evidence-Based Nursing*. ISSN: 0104-1169. Vol 14 (2011), p. 81-82.

FERREIRA, MMSRS; TORGAL, MCLFPR. - Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol 18, nº 2 (Mar-Abr 2010). [Consult. 25 Out. 2010]. Disponível em URL: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_17.pdf)

FERREIRA, MRS; PAÚL, C - Os Adolescentes e o Álcool - Saúde e Qualidade de Vida em Análise. In *IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Actas*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009.

FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Cunha Hilson - *Aconselhamento: Usos, Abusos e Dependências*. Manual Técnico 1. Lisboa: Climepsi Editores, 2004a.

FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Cunha Hilson - *Tabagismo: Usos, Abusos e Dependências*. Manual Técnico 3. Lisboa: Climepsi Editores, 2004b.

FIGUEIREDO, Maria - Cuidar a Família: Dos Conceitos às Representações. *Revista Sinais Vitais*. ISSN: 0872-8844. Nº 76 (Jan. 2008), p. 50-55.

FONSECA, Helena - *Viver com Adolescentes*. 3ª Ed. Lisboa: Editorial Presença, 2005.

FORTE, Carla; MANITA, Celina - Padrões e Prevalências do Consumo de Álcool na População Universitária: Implicações para a Prevenção. In *Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009. P. 179-183.

FORTE, Raquel Maria Ferreira Veloso - *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes - Estudo do impacte de um projecto de intervenção*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ªEd. Lisboa: Lusociência, 2003.

FRAGA, Sílvia; RAMOS, Elisabete; BARROS, Henrique - Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista Saúde Pública*. ISSN. 0034-8910 Vol 40 nº 4 (2006), p. 620-626.

FRAGA, Sílvia [et al.]- Tabagismo em Portugal. *Arq Med* [Em linha]. Vol 19, nº 5-6 (Set. 2005), p. 207-229. [Consult. 31 janeiro 2011]. Disponível em URL: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S087134132005000400005&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S087134132005000400005&Ing=pt&nrm=iso)

FRANÇA, Ana Paula - Saúde Infantil. In *Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009. p. 55.

FREITAS, Cristina; SOUSA, Helena, S.; FONSECA, Helena - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil: O Exame Global de Saúde dos 11 aos 13 anos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. ISSN: 35624076. CISION (2011), p. 61-65.

FREUD, Sigmund - *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego e Dois Verbetes de Enciclopédia*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

GASPAR, T. [et al.]- Bem-Estar na Infância e Adolescência: Factores Ligados ao Risco e Factores Ligados à Protecção. In *Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009. P. 171-176.

GASPAR, T. [et al.] - Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN: 1654-0086. Vol 9, nº 1 (2008), p. 55-71.

GOMES, [et al.] - Diagnóstico de Saúde dos alunos do 10º e 11º ano de escolaridade de uma Escola Secundária de Vila Real. I Encontro de Investigação. *Livro de Actas*. Vila Real: Escola superior de Enfermagem de Vila Real, Julho 2005, p. 167-168.

GOMES, B.M.R.; ALVES, J.G.B.; NASCIMENTO, L.C. - Consumo de Álcool entre Estudantes de Escolas Públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. ISSN. 0102-311 Vol. 26, nº 4 (abril 2010), p. 706-712.

GOMES, B.M.R.; NASCIMENTO, L.C. - Adolescência, Consumo de Álcool e Família: Subsídios Para Repensar o Cuidado de Enfermagem. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM*. 2010.

GONÇALVES, Artur; CARVALHO, Graça; RODRIGUES, Victor - *Álcool, Tabaco e Outras Drogas: Concepções de Professores e Alunos do Ensino Básico e Secundário e Análise de Programas e Manuais Escolares*. Actas do Vº Seminário Internacional/IIº Ibero Americano de Educação Física, Lazer e Saúde, 13-16 Maio, 2009.

GONÇALVES, Carlos Manuel - *A família e a construção de projectos vocacionais de adolescentes e jovens*. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2006. Dissertação de Doutoramento.

GUERRA, Maria Manuela Gonçalves Guedes de Pinho - *Estilos de Vida dos Adolescentes: Hábitos e Preocupações*. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2004. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

HAMILTON, Jessica [et al.] - Factors Related to Adolescent Drinking in Appalachia. *American Journal of Health Behavior*. ISSN: 1087-3244. Vol 34, nº 2 (2010), p. 249-256.

HAN, M.A. [et al.] - Associations between smoking and alcohol drinking and suicidal behavior in Korean adolescents: Korea youth behavioral risk factor surveillance, 2006. *Preventive Medicine*. ISSN: 1221-5260. Vol 49, nº 2-3 (Aug-Sep 2009), p. 248-52.

HIBELL, B. [et al.] - *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries* [Em linha]. Stockholm, 2009. [Consult. 18 julho 2011]. Disponível em URL: [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_090617.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_090617.pdf)

HIBELL, Björn [et al.] - *The 2011 Espad Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries* [Em linha]. Stockholm, May 2012. [Consult. 22 junho 2012]. Disponível em URL: [http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/2012/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL.pdf](http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/2012/The_2011_ESPAD_Report_FULL.pdf)



HINGSON, R.W.; ZHA, W.; WEITZMAN, E.R. - Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students Ages 18-24. *Journal of studies on alcohol and drugs Suppl.* ISSN: 1946-584X. Vol 16 (July 2009), p. 12-20.

HOCKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn L. - *Wong Fundamentos da Enfermagem Pediátrica*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2006.

HOFFMAN, B.R. [et al.] - Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive behaviors* [Em linha]. Vol 32 (2007), p. 1546-1554. [Consult. 2 Mar. 2011]. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2701090/>

INSTITUTE OF ALCOHOL STUDIES (IAS) - *Adolescents and alcohol* [Em linha]. 2007. [Consult. 17 Jul. 2011]. Disponível em URL: <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/adolescents.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - Classificação Portuguesa das Profissões - [Em linha] Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, 2010. [Consult. 1 Jan. 2011]. Disponível em URL: [www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine...2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine...2)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. [Em linha] Dados Gerais. Lisboa: INSA/INE; 2008. [Consult. 2 Agosto 2011]. Disponível em URL: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx>

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE (INS) - *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006* [Em linha]. Lisboa: INSA Departamento de Epidemiologia, 2009. [Consult. 19 Jul. 2011]. Disponível em URL: [http://www.onsa.pt/conteu/proj\\_ins.html](http://www.onsa.pt/conteu/proj_ins.html)

JÚNIOR, J.C.F.; MENDES, J.K.F.; BARBOSA, D.B.M.- Associação entre Comportamentos de Risco à Saúde em Adolescentes. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*. ISSN: 1415-8426. Vol 9, nº 3 (2007), p. 250-256.

KAESTLE, Christine Elizabeth; WILES, Bradford B. - Targeting High-Risk Neighborhoods for Tobacco Prevention Education in Schools. *American Journal of Public Health*. ISSN: 0090-0036. Vol 100, nº 9 (September 2010), p. 1708-1713.

KARAM, E.; KYPRI, K.; SALAMOUN, M. - Alcohol use among college students: an international perspective. *Current Opinion in Psychiatry*. ISSN: 0951-7367. Vol 20, nº 3 (May 2007), p. 213-21.

KIRKE, D. - Chain reactions in adolescents' cigarette, alcohol and drug use: similarity through peer influence or the patterning of ties in peer networks? *Social Networks*. ISSN: 0378-8733. Vol 26 (2004), p. 3-28.

KOHLBERG, L. - *Essays on moral development - The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. Vol. 2. San Francisco: Harper & Row, 1984.

KURASHIMA, A.Y.; SANTOS, E.M.M. - Instrumentos Para Aferição da Qualidade de Vida em Pediatria. In *Qualidade de Vida na Infância e na Adolescência*. Porto Alegre: Artemed Editora S.A., 2010.

LEATHERDALE, S.T. - What modifiable factors are associated with cessation intentions among smoking youth? *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol 33, nº 1 (2008), p. 217-223.

LEATHERDALE, S.T.; McDONALD, P. - What smoking cessation approaches will young smokers use? *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol 30, nº 8 (2005), p. 1614-1618.

LOMBA, Lurdes; APOSTOLO, João; MENDES, Fernando - Consumo de Álcool e Drogas e Comportamentos Sexuais de Risco nos Jovens Portugueses que Frequentam Ambientes Recreativos Nocturnos. In *Saúde e Qualidade de Vida em Análise. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Actas*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009.

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia - *Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Acção*. Coimbra: Edições Almedina, 2010.

LOUREIRO, N.E.; MATOS, M.G.; DINIZ, J.A. - Actividade Física, Desporto e Consumo de Substâncias entre Adolescentes Portugueses. In *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de Um Estilo?* Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa: Colecção Estudos - Universidades, 2008. P. 219-232.

MA, H. [et al.] - Risk factors for adolescent smoking in urban and rural China: Findings from the China seven cities study. *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol 33 (2008), p. 1081-1085.

MALCON, M.C.; MENEZES, A.M.B.; CHATKIN, M. - Prevalência e Fatores de Risco para Tabagismo em Adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. ISSN: 0034-8910. Vol 37 (2003), p. 1-7.

MARCELLI, Daniel - *Os Estados Depressivos na Adolescência*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. - *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

MARINHO, Marília de Oliveira Moraes Neri - *Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Subjectivo na Adolescência... Actividade Física, Tabaco, Satisfação com a Vida e Felicidade*. Estudo Realizado em Adolescentes do 3º Ciclo e do Ensino Secundário de Várias Escolas de Portugal. Porto: Faculdade de Desporto. Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto, Especialidade de Recreação e Lazer.

MARREIROS, Maria Da Conceição Martins Dos Santos - *Relações sexuais precoces e comportamentos de risco nos adolescentes*. Porto: Universidade do Porto, 2002. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública na área de epidemiologia.

MARTINS, José Carlos Amado - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar em Enfermagem*. ISSN: 0873-8904. Vol. 12, nº 2 (2008), p. 62-66.

MATOS, Margarida Gaspar - *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?*. Lisboa: Colecção Estudos Universidades/Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2008.

MATOS, M.G.; BATISTA-FOGUET, J.M. - O Quotidiano dos Adolescentes Portugueses e Satisfação com a Vida: Risco e Protecção. *Nascer e Crescer, Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. ISSN: 0872-0754. Vol XIV, nº 3 (2005), p. 199-205.

MATOS, M.G.; BATISTA-FOGUET, J.M. - Satisfação Com a vida, Escola, Risco e Protecção ao Longo da Adolescência. In *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

MATOS, M.G.; EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL & SAÚDE 2006 - *Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses - relatório preliminar* [Em linha]. Lisboa: FMH. [Consult. 7 Dez. 2010]. Disponível em URL: <http://www.fmh.Utl.pt/aventurasocial/Relatório-preliminar IDT-2006.pdf>

MATOS, M. G.; EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL & SAÚDE 2010 - *A saúde dos adolescentes portugueses - Relatório do estudo HBSC 2010* [Em linha]. Lisboa: FMH. [Consult. 7 Dez. 2010]. Disponível em URL: <http://www.fmh>

MATOS, M.G. [et al.] - Comportamentos e Atitudes sobre o Tabaco em Adolescentes Portugueses Fumadores. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN: 1645-0086. Vol 4, nº 2 (2003), p. 205-219.

MEDALHO, Anabela Pereira - O Tabagismo na Adolescência. *Revista Sinais Vitais*. [Em linha]. Nº 40 (Abr. 2008). [Consult. 28 Fev. 2011]. Disponível em URL: <http://www.forumenfermagem.org/index.php?view=article&catid=176&id=3297%3A>

MELCHIOR, M. [et al.] - High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth study. *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol 33, nº 1 (2008), p. 122-133.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016a - Estratégias Para a Saúde, III.1) Eixos Estratégicos - Cidadania em Saúde (Versão Discussão)*. [Em linha]. 2011 [Consult. 19 Jul. 2011]. Disponível em URL: <http://www.acs/pt.min-saude.pt/pns2011-2016/files/20>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016b - Estratégias Para a Saúde, IV. Objectivos para o Sistema de Saúde, 2) Promover um contexto favorável à saúde, ao longo do ciclo de vida (Versão Discussão)*. [Em linha]. 2011

[Consult. 19 Julho 2011]. Disponível em URL: <http://www.acs.pt/min-saude.pt/pns2011-2016>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 - *Estratégias de Potenciais Ganhos em Saúde: Pensar Saúde* [Em linha]. Boletim Informativo, Edição 3, 2010 [Consult. 18 Ago. 2011]. Disponível em URL: <http://www.acs.pt/min-saude.pt/pns2011-2016/files/20>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR (PNSE) - Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007.

MONTEIRO, Jorge Manuel de Oliveira; RODRIGUES, Pedro Miguel - Adolescência e Alcoolismo. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. ISSN: 1647-2160. Nº 2 (Dez 2009), p. 35-42.

MORAL, M.V.; OVEJERO, A.; PASTOR, J. - Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Boletín de Psicología*. ISSN: 0212-8179. Vol 81 (2004), p. 33-68.

MORENO, R.S.; VENTURA, R.N.; BRÊTAS, J.R.S. - Ambiente Familiar e Consumo de Álcool e Tabaco entre Adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria* [Em linha]. Vol 27, nº 4 (Dez. 2009), p. 354-360. [Consult. 26 Ago. 2011]. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sciarttext&pid=S010305822009000400002>

NAIA, Ana; SIMÕES, Celeste; MATOS, Margarida Gaspar - Consumo de Substâncias na Adolescência - *Revista Toxicodependências. Ministério da Saúde - Instituto da Droga e da Toxicodependência*. ISSN: 0874-4890. Vol 13, nº 3 (2007), p. 23-30.

NEGREIROS, Jorge; CHITAS, Valentina - *Consumo de drogas e outros comportamentos de risco na adolescência: fatores de risco e fatores de proteção*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2011.

NEWMAN, K. [et al.] - Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN: 0104-1169. Vol 16, nº 1 (2008), p. 142-150.

NIESWIADOMY, R. M. - *Foundations of Nursing Research*. 5ª Ed. New Jersey: Pearson Education International, 2010.

ODGEN, Jane - *Psicologia da Saúde*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

OLIVEIRA, T. - *Teses de Dissertação: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, 2002.

OLIVEIRA, A. Gouveia, - *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação, Teorias e Aplicações*. Lisboa: Lidel, 2009.

OLIVEIRA, Ana M.C. - *O Virar da Seta: Factores Positivos em Vidas de Jovens em Risco*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Edição Ordem dos Enfermeiros, Série I, Nº 3, Vol 1, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da criança e do Jovem*. Lisboa, 2010a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico dos Enfermeiros* [Em linha]. 2009. [Consult. 19 Mai. 2012]. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição* [Em linha]. 2006. [Consult. 1 Abr. 2012]. Disponível em URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - *Relatório Mundial de Saúde* [Em linha]. OMS, 2010. [Consult. 8 Dez. 2010]. Disponível em URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>

PALMINHA, J. Martins; CARRILHO, E. Monteiro - *Orientação Diagnóstica em Pediatria: Dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial*. Vol 3. Loures: Lidel, 2003.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally W. - *Desenvolvimento Humano*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth D. - *Desenvolvimento Humano*. 8ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASCH, Keryn E. [et al.] -.Adolescent Sleep, Risk Behaviors, and Depressive Symptoms: Are They Linked? *American Journal of Health Behavior*. Vol.34, nº 2 (2010), p. 237-248.

PEIXOTO, F. - Qualidade das Relações Familiares, Auto-Estima, Autoconceito e Rendimento Académico. *Análise Psicológica*. ISSN: 0870-8231. Vol 1, nº 22 (2004), p. 235-244.

PIAGET, Jean - *A Representação do Espaço na Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PIMENTEL, M.H.; MATA, M.A.P. - Determinantes de Saúde e Perfis de Risco em Estudantes do Ensino Superior. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM*, 2010.

PINTO, Teresa; PIEDADE, António; PINTO, Pedro - Educação Para a Saúde. In *Saúde e Qualidade de Vida em Análise. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Actas*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE - PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL 2009 - 2012. [Em linha] Janeiro, 2009 [Consultado em 8 de Dez. 2010] Disponível em URL:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DFF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernardette P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRECIOSO, José; TAVEIRA, Maria do Céu - Psicologia e Educação Para a Saúde em Contexto Escolar. In *Psicologia da Saúde: Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

PRINSTEIN, Mitchell J.; WANG, Shirley S. - False Consensus and Adolescent Peer Contagion: Examining Discrepancies between Perceptions and Actual Reported Levels of Friends' Deviant and Health Risk Behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology* [Em linha]. Vol 33, Issue 3 (Jan 2005), p. 293-306. [Consult. 12 Set. 2011]. Disponível em URL: <http://www.springerlink.com/content/nt1310j42635375x/>

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª Ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

REINALDO, A.M.S. [et al.] - Uso de Tabaco entre Adolescentes: Revisão da Literatura. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. ISSN: 1806-6976. Vol 6 (Ago. 2010), p. 350-364.

REIS, Joaquim, C. - Contribuições da Psicologia para os Processos Preventivos e de Promoção da Saúde. In *Psicologia da Saúde: Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

RIBEIRO, Ilda Real - Educação para Saúde: Perspectivas de Pais e Professores numa Escola Básica Integrada. *10ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem*. 30 Set.-3 Out., Porto: Organização da Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2008.

RIBEIRO, J.P. - *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto, 2005.

RIBEIRO, Teresa Tomé - *Consumos de Tabaco, Álcool, Haxixe e Outras Substâncias em Meio Escolar*. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2000. Dissertação de Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental



RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; BARROSO, T. - *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau, 2005.

RODRIGUES, V. [et al.] - Situações de Risco para a Saúde de Jovens Adolescentes. *Livros de Actas do 3º Encontro de Investigação*. Vila Real: Escola Superior de Educação da UTAD, 2007, p. 1-7.

RODRIGUES, V.; CARVALHO, G.; CARVALHO, A. - Behaviour and Health: a Cross-Sectional Study between a Basic Teaching School and a Professional School. *Science Education International*. ISSN: 1450104X. Vol 18, nº 1 (2007), p. 131-138.

RODRIGUES, Vitor - *Adolescência - Um Período no Ciclo de Vida* [Em linha]. Psicopedagogia: Educação e Saúde Mental, 2006. [Consult. 23 Nov. 2010]. Disponível em URL: [WWW.psicopedagogia.com.br/artigos/](http://WWW.psicopedagogia.com.br/artigos/)

SALEKIN, Randall T.; DEBUS, Sara A.; BARKER, Edward D. - Adolescent Psychopathy and the Five Factor Model: Domain and Facet Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* [Em linha]. Vol. 32, Issue 4 (Jan. 2010), p. 501-514. [Consult. 13 Jun. 2011]. Disponível em URL: <http://www.springerlink.com/content/366l1n673124t543/>

SAMPAIO, Daniel - *Lavrar o Mar: Um Novo Olhar Sobre o Relacionamento Entre Pais e Filhos*. Lisboa: Editorial Caminho, 2006.

SANTANA, S.M.; NEGREIROS, J. - Consumo de Álcool e Depressão em Jovens Portugueses. *Revista Toxicodependências*. ISSN: 0874-4890. Vol. 14, nº 1 (2008), p. 17-24.

SANTOS, Margarida Reis - Comportamentos e Saúde em Jovens. In *Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. - Fatores de Risco e de Protecção Para o Uso de Drogas na Adolescência. *Ciências e Saúde Coletiva*. ISSN: 1413-8123. Vol 10, nº 3 (2005), p. 707-717.

SCHOLTE, R.H. [et al.] - Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol 33 (2008), p. 1-14.

SERRA, Cristina - *Adolescentes consomem mais álcool* [Em linha]. 2009. [Consult. 7 Dez. 2010]. Disponível em URL: <http://brissoslino.wordpress.com/2009/03/27/adolescentes-consomem-mais-alcool>

SHAFFER, David D. - *Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência*. 6<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Thomson, 2005.

SILVA, M.A. [et al.] - The prevalence of end variables associated with smoking in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*. ISSN: 0021-7557. Vol 82 (2006), p. 365-370.

SILVA, M.P.; SILVA, R.M.V.G.; BOTELHO, C. - Factores Associados à Experimentação do Cigarro em Adolescentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Em linha]. Vol 34, nº 11 (2008), p. 927-93. [Consult. 28 Jul. 2011]. Disponível em URL: [http://jornaldepneumologia.com.br/portugues/artigo\\_print.asp](http://jornaldepneumologia.com.br/portugues/artigo_print.asp)

SIMÕES, Celeste; MATOS, Margarida Gaspar; BATISTA-FOGUET, Joan - Factores Protectores e de Risco no Desenvolvimento. In *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

SIMÕES, Celeste; MATOS, Margarida Gaspar; BATISTA-FOGUET, Joan - Consumo de Substâncias na Adolescência: Um Modelo Explicativo. In *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?*. Lisboa: Colecção Estudos Universidades. Edição - Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2008.

SIMÕES, Maria Celeste Rocha - *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

SMITH, A.E. [et al.] - Effects of acute tobacco abstinence in adolescent smokers compared with non-smokers. *Journal of Adolescent Health*. ISSN: 1054-139X. Vol 43 (2008), p. 46-54.

SNYDER, C.R.; LOPEZ, Shane J. - *Psicologia Positiva: Uma Abordagem Científica e Prática das Qualidades Humanas*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUSA, Fernando Cardoso - *O Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Escolar Juvenil: Modelo de Investigação para Projectos Lectivos*. 1ª Ed. Loulé: Gaim, 2008.

SPRINTHALL, Norman A.; COLLINS, W. Andrews - *Psicologia do Adolescente: Uma Abordagem Desenvolvimentalista*. 2ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

STRAUCH, E.S. [et al.]- Alcohol use among adolescents: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*. ISSN: 0034-8910. Vol 43, nº 4 (Aug 2009), p. 647-55.

STRECHT, Pedro - *O Vento à Volta de Tudo: Uma Viagem Pela Adolescência*. 1ª Ed. Lisboa: Verso da Kapa, 2011.

STRECHT, Pedro - *Vontade de Ser: Textos sobre Adolescência*. 1ª Ed. Lisboa: Edições Assírio & Alvim, 2005.

SULLIVAN, Karen - *O Grande Livro da Adolescência, Um Guia para Pais*. Lisboa: Editorial Presença, 2008.

TAKAKURA, M.; UEJI, M.; SAKIHARA, S. - Covariation of cigarette smoking and other health-risk behaviors among Japanese high school students: a preliminary study. *Journal of Epidemiology*. ISSN. 0002-9262 Vol. 11, nº 5 (Sep 2001), p. 224-228.

VIEIRA, P.C. [et al.] - Uso de Álcool, Tabaco e outras drogas por Adolescentes Escolares em Município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Em linha]. Vol 24, nº11 (Nov. 2008). [Consult. 15 Nov. 2010]. Disponível em URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001100004&script=sci\\_artt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001100004&script=sci_artt)

VINAGRE, M.G.; LIMA, M.L. - Consumo de Álcool, Tabaco e Droga em Adolescentes: Experiências e Julgamentos de Risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN: 1645-0086. Vol 7, nº 1 (2006), p. 73-81.

VINAGRE, Maria da Graça - Consumo de Substâncias em Adolescentes: Imagens, Avaliações e Experiências. *Revista Pensar em Enfermagem*. ISSN: 0873-8904. Vol 11, nº 1 (2007), p. 2-11.

VITOLO, Márcia - *Nutrição: da Gestação à Adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

WILSON, Coralie, J. [et al.] - Adolescent's Suicidal Thinking and Reluctance to Consult General Medical Practitioners. *J Youth Adolescence* [Em linha]. 2009. [Consult. 14 Jun. 2011]. Disponível em URL: <http://resources.metapress.com/pdfpreview.axd?code=g98h38x828532nq&size=lar>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *European alcohol action plan 2000-2005* [Em linha]. WHO: Regional Office for Europe, 2000. [Consult. 15 Nov. 2010]. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO - *Choice: choosing Interventions that are Cost Effective* [Em linha]. 2010 .[Consult. 11 Dez. 2010]. Disponível em URL: <http://www.who.int/choice/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO - *Good Health Starts with Healthy Behaviour* [Em linha]. 2011 [Consult. 25 Ago. 2011]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home>

## **ANEXOS**



**ANEXO I - Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas  
de Mogadouro**





E. S. J. 3.º C. de Mogadouro		
Data	N.º	Ass.º
09/11/11	123	21
C. S. Adm. e Financeiros		X
Conselho Executivo		
Área de Pessoal		
Área de Alunos		
Comunidade		
Vigilância		
Síndico		
Centro de		
Assinatura	Data	
<i>[Assinatura]</i>	08/02/12	

*Pedido  
de autorização e aplicação  
do questionário.*

**Exmo. Senhor Director do**  
**Agrupamento de Escolas de Mogadouro.**  
**Rua Luís de Camões, N.º 5**  
**5200 - 279 Mogadouro**

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário, integrado num estudo de investigação acerca dos comportamentos de risco nos adolescentes em relação ao consumo de álcool e tabaco.

**Nome do Investigador:** Susana Maria Conde Fernandes

**Título do projecto de investigação:** "Os adolescentes e os Comportamentos de Risco: Álcool e Tabaco numa Escola do Nordeste Transmontano."

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, estou a realizar um estudo sobre os comportamentos de risco nos adolescentes, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de álcool e tabaco, orientado pela Professora Doutora Maria Margarida da Silva dos Reis Santos Ferreira e co-orientado pela Professora Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz.

Com este estudo pretende-se identificar comportamentos de risco dos adolescentes relacionados com o consumo de álcool e de tabaco, conhecer os motivos que levam os adolescentes a adoptarem estes comportamentos e identificar necessidades de educação para a saúde dos adolescentes. Tem como finalidade a construção de um projecto de Educação para a Saúde em parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Escola. Este será inserido no plano de actividades da UCC em articulação com a Escola para o ano lectivo de 2011/2012, a desenvolver em contexto escolar, visando a promoção e a adopção de estilos de vida saudáveis desta população.

Atendendo a que os participantes neste estudo são adolescentes, na sua maioria menores, por questões éticas iremos pedir o consentimento informado aos seus pais ou tutores para a participação do seu filho(a) no estudo, autorizando-os a preencher um questionário, anónimo e confidencial.

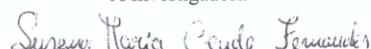
Pelo exposto, solicito a autorização de V. Ex.<sup>a</sup> para a aplicação do questionário aos adolescentes da sua escola. Este documento encontra-se em anexo ao presente requerimento.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos

Mogadouro, 3 de Janeiro de 2011

A Investigadora



(Enf.<sup>a</sup> Susana Maria Conde Fernandes a exercer funções na UCC do Centro de Saúde de Mogadouro.)

Contactos ao dispor:

E-mail: [Susana.mcfp@gmail.com](mailto:Susana.mcfp@gmail.com)

Telemóvel: 917793528

Local de trabalho: Centro de Saúde de Mogadouro

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC): 279 340 300

**ANEXO II - Declaração de Consentimento Informado dos  
Pais/Encarregados de Educação e Adolescentes**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caros Pais e Encarregados de Educação:

Susana Maria Conde Fernandes, enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Mogadouro, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto. A Tese, que pretendo desenvolver consistirá na caracterização dos comportamentos de risco relacionados com o consumo de tabaco e álcool em adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos a frequentar a Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro.

Os objetivos deste estudo são caracterizar o consumo de tabaco e álcool dos adolescentes da Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro, para poder realizar, em contexto escolar, sessões de educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas.

Este estudo visa a consolidação de um projeto de Educação para a Saúde através de uma parceria entre a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Escola, visando a promoção de estilos de vida saudáveis desta população.

Para concretizar este estudo, necessito da Vossa colaboração, autorizando a participação do Vosso(a) filho(a) no mesmo, a qual desde já agradeço. Pretendo aplicar um instrumento de recolha de dados, constituído por um questionário, que o Vosso(a) filho(a) preencherá em sala de aula na Escola que frequenta.

Ao seu Filho(a) ser-lhe-ão assegurados os seguintes direitos:

- ✓ Anonimato e confidencialidade;
- ✓ Participação voluntária no estudo.

Pelo exposto, solicito a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne autorizar a participação do Vosso(a) filho(a) no preenchimento do questionário.

Autoriza o seu filho(a) a participar neste estudo? Coloque uma cruz (X) na opção que deseja.

Sim\_\_\_\_

Não\_\_\_\_

Assinatura do (Pai, Mãe ou Encarregado de Educação)

\_\_\_\_\_

Nome do filho(a)

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grata pela compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.

A Investigadora

\_\_\_\_\_

(Susana Maria Conde Fernandes)

Contactos ao dispor:

E-mail: [susana.mcfp@gmail.com](mailto:susana.mcfp@gmail.com)

Telemóvel: 917793528

Local de trabalho: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Mogadouro  
279340300

**ANEXO III - Pedido de Autorização para Utilização do  
Questionário “Estilos de Vida na Adolescência”**





Exma. Professora Doutora

Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira

Assunto: Pedido para utilização do questionário “Estilos de Vida na Adolescência”.

Susana Maria Conde Fernandes, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende realizar um estudo sobre o “Consumo de tabaco e álcool nos adolescentes do concelho de Mogadouro”. A população alvo desta investigação é constituída por adolescentes a estudar na Escola Básica e Secundária do concelho de Mogadouro. Com este estudo pretende-se caracterizar os hábitos de consumo de tabaco e de álcool dos adolescentes para posteriormente podermos consolidar um projeto de Educação para a Saúde em parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde e a Escola, visando a promoção de estilos de vida saudáveis desta população. Pelo exposto, solicito a autorização de V. Ex.<sup>a</sup> para usar o seu questionário, no que se refere às questões relacionadas com o consumo de álcool e tabaco em adolescentes, uma vez que estas vão de encontro aos objetivos do meu trabalho de investigação.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos.

Mogadouro, 3 de Janeiro de 2011

A investigadora

---

(Susana Maria Conde Fernandes)

Contactos:

E-mail: [Susana.mcfp@gmail.com](mailto:Susana.mcfp@gmail.com)

Telemóvel: 917793528

Local de Trabalho: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Mogadouro - 279 340 300.



**ANEXO IV - Consentimento da Professora Doutora Margarida  
Reis Santos para a Utilização do Questionário “Estilos de Vida  
na Adolescência”**



Exma. Sr<sup>a</sup> Enfermeira

Susana Maria Conde Fernandes

Assunto: Autorização para utilização do questionário "Estilos de Vida na Adolescência".

Informo que a autorizo a utilizar o meu questionário "Estilos de Vida na Adolescência", no âmbito do seu Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 11 de Janeiro de 2011



---

(Margarida Reis Santos)



**ANEXO V - Questionário - “Consumo de Tabaco e Álcool na  
Adolescência”**





## QUESTIONÁRIO

### “CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA”

Este estudo tem como objetivo colher dados que permitam identificar comportamentos de risco nos adolescentes, particularmente, relacionados com o consumo de tabaco e de álcool. Está integrado numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

É um elemento muito importante para a elaboração da tese de mestrado da investigadora, sobre “Consumo de tabaco e de álcool nos adolescentes do concelho de Mogadouro”.

Antes de responderes ao questionário lê atentamente as seguintes indicações:

- A tua participação é fundamental para a realização deste estudo, para isso, procura responder a todas as questões com sinceridade;
- O questionário é Anónimo e Confidencial;
- Nas questões de escolha múltipla assinala com uma cruz (X) a opção ou opções que correspondem à tua realidade. Nas questões abertas escreve a tua opinião de forma clara e completa;
- Não escrevas o teu nome em nenhuma das folhas.

A investigadora

Susana Maria Conde Fernandes

Mogadouro, Abril de 2011

## I - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

1. IDADE? \_\_\_\_\_ ANOS

2. SEXO?

FEMININO  
MASCULINO


3. FREGUESIA DE RESIDÊNCIA:

\_\_\_\_\_

4. ANO DE ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

5. TIPO DE ENSINO:

ENSINO REGULAR

--

ENSINO EM ALTERNÂNCIA – NOVAS OPORTUNIDADES:

- CEF (Curso de Educação e Formação)

--

- CPROF (Curso Profissional)

--

6. EM CASA A TUA FAMÍLIA É CONSTITUÍDA POR: (MENCIONA TODOS OS ELEMENTOS)

PAI

--

MÃE

--

MADRASTA

--

PADRASTO

--

IRMÃOS

--

AVÓS

--

OUTROS

--

7. SE NÃO VIVES COM O TEU PAI E MÃE DIZ PORQUÊ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. PROFISSÃO DO PAI:

\_\_\_\_\_

9. PROFISSÃO DA MÃE:

\_\_\_\_\_

10. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS PAIS

	PAI	MÃE
CURSO SUPERIOR		
ENSINO SECUNDÁRIO		
TERCEIRO CICLO DO ENSINO BÁSICO		
SEGUNDO CICLO DO ENSINO BÁSICO		
PRIMEIRO CICLO DO ENSINO BÁSICO		
SEM ESCOLARIDADE		
NÃO SABE		

11. EM RELAÇÃO AOS TEUS PLANOS, QUAIS OS TEUS OBJETIVOS FUTUROS?

SEGUIR O ENSINO SUPERIOR	<input type="checkbox"/>
ACABAR A ESCOLA E IR TRABALHAR	<input type="checkbox"/>
INTERROMPER O ANO E IR TRABALHAR	<input type="checkbox"/>
NÃO SEI AINDA	<input type="checkbox"/>

12. TENS UM GRUPO DE AMIGOS?

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

13. SE SIM, O TEU GRUPO DE AMIGOS É CONSTITUÍDO POR? (ASSINALA A OPÇÃO OU OPÇÕES)

COLEGAS DE TURMA	<input type="checkbox"/>	QUEM? _____
COLEGAS DE ESCOLA	<input type="checkbox"/>	
AMIGOS DA ZONA EM QUE VIVES	<input type="checkbox"/>	
OUTROS	<input type="checkbox"/>	

14. COM QUEM COSTUMAS SAIR NOS TEUS TEMPOS LIVRES? (ASSINALA A OPÇÃO OU OPÇÕES)

PAIS	<input type="checkbox"/>	QUEM? _____
IRMÃOS	<input type="checkbox"/>	
AMIGOS	<input type="checkbox"/>	
OUTROS	<input type="checkbox"/>	

15. O QUE COSTUMAS FAZER NOS TEUS TEMPOS LIVRES?

FAZES DESPORTO

LÊS

VÊS TELEVISÃO

JOGAS JOGOS DE COMPUTADOR

UTILIZAS A INTERNET

VAIS AO CINEMA

VAIS AO CAFÉ, BARES

VAIS A DISCOTECAS

OUTROS

QUAIS? \_\_\_\_\_

SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. GOSTAS DA VIDA QUE TENS?

MUITO

MAIS OU MENOS

POUCO

NADA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

17. ACHAS QUE NA TUA VIDA TENS?

MUITOS PROBLEMAS

ALGUNS PROBLEMAS

POUCOS PROBLEMAS

NENHUM PROBLEMA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

18. ACHAS QUE A TUA FAMÍLIA SE INTERESSA PELOS TEUS PROBLEMAS?

MUITO

MAIS OU MENOS

POUCO

NADA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

19. ACHAS QUE OS TEUS AMIGOS SE INTERESSAM PELOS TEUS PROBLEMAS?

MUITO

MAIS OU MENOS

POUCO

NADA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

## II - CONSUMO DE TABACO E ÁLCOOL

20. FUMAS?

SIM

NÃO


21. QUANTOS CIGARROS FUMAS POR DIA? \_\_\_\_\_

22. COM QUE IDADE COMEÇASTE A FUMAR? \_\_\_\_\_

23. PORQUE MOTIVO COMEÇASTE A FUMAR?

---

---

SE ALGUMA VEZ DEIXASTE DE FUMAR DIZ:

24. HÁ QUANTO TEMPO?

---

25. DURANTE QUANTO TEMPO?

---

26. PORQUE VOLTASTE A FUMAR?

---

**SE NÃO FUMAS PASSA À QUESTÃO Nº 32**

27. GOSTARIAS DE DEIXAR DE FUMAR?

SIM

NÃO


28. GOSTARIAS DE REDUZIR O NÚMERO DE CIGARROS QUE FUMAS?

SIM

NÃO


29. OS TEUS PAIS SABEM QUE FUMAS?

SIM

NÃO


30. OS TEUS PAIS AUTORIZAM-TE A FUMAR?

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

31. FUMAS EM CASA?

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

32. A MAIORIA DOS TEUS AMIGOS FUMA?

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

33. DAS PESSOAS COM QUEM VIVES FUMAM:

PAI	<input type="checkbox"/>	
MÃE	<input type="checkbox"/>	
MADRASTA	<input type="checkbox"/>	
PADRASTO	<input type="checkbox"/>	
IRMÃOS	<input type="checkbox"/>	
AVÓS	<input type="checkbox"/>	
OUTROS	<input type="checkbox"/>	QUEM? _____

34. COSTUMAS BEBER BEBIDAS ALCOÓLICAS?

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

**SE RESPONDESTES NÃO PASSA À QUESTÃO Nº 42**

35. COM QUE IDADE COMEÇASTE A BEBER? \_\_\_\_\_ ANOS

36. QUE TIPO DE BEBIDAS COSTUMAS BEBER? \_\_\_\_\_

37. ONDE COSTUMAS BEBER? \_\_\_\_\_

38. COM QUEM COSTUMAS BEBER? \_\_\_\_\_

39. JÁ ALGUMA VEZ TE EMBRIAGASTE?

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

40. GOSTARIAS DE DEIXAR DE BEBER?

SIM  
NÃO


PORQUÊ \_\_\_\_\_

41. OS TEUS PAIS SABEM QUE CONSOMES BEBIDAS ALCOÓLICAS?

SIM  
NÃO


42. A MAIORIA DOS TEUS AMIGOS CONSOME, HABITUALMENTE, BEBIDAS ALCOÓLICAS?

SIM  
NÃO


43. NA TUA FAMÍLIA CONSOMEM, HABITUALMENTE, BEBIDAS ALCOÓLICAS?

	SIM	NÃO
PAI		
MÃE		
IRMÃOS		
OUTROS		

QUEM? \_\_\_\_\_

44. CLASSIFICA O EFEITO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS:

NAS TUAS AMIZADES  
NA SAÚDE  
NA VIDA FAMILIAR  
NA VIDA ESCOLAR

POSITIVO	NEGATIVO	NENHUM

### III - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

45. DURANTE O TEU TEMPO DE ESCOLA ALGUMA VEZ TE FALARAM DE:

MALEFÍCIOS DO ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA	NÃO		SIM		QUEM_____	ONDE_____
MALEFÍCIOS DO TABACO NA ADOLESCÊNCIA	NÃO		SIM		QUEM_____	ONDE_____

46. GOSTARIAS DE RECEBER MAIS ALGUMA INFORMAÇÃO SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA?

SIM


POR QUEM?\_\_\_\_\_ ONDE?\_\_\_\_\_

NÃO

47. GOSTARIAS DE RECEBER MAIS ALGUMA INFORMAÇÃO SOBRE O CONSUMO DE TABACO NA ADOLESCÊNCIA?

SIM


POR QUEM?\_\_\_\_\_ ONDE?\_\_\_\_\_

NÃO

48. NO TEU PERCURSO ESCOLAR, DESENVOLVESTES ALGUMA VEZ UM TRABALHO SOBRE O ÁLCOOL E/OU TABACO?

SIM


NÃO

49. GOSTARIAS QUE EXISTISSE NA TUA ESCOLA UM LOCAL ONDE PUDESSES FALAR EM PRIVADO SOBRE QUESTÕES RELACIONADAS COM O ÁLCOOL E O TABACO?

SIM


NÃO

50. NA TUA ESCOLA EXISTE O GABINETE DE INFORMAÇÃO E APOIO AO ALUNO?

SIM


NÃO

51. SE SIM, JÁ ALGUMA VEZ RECORRESTE AO GABINETE DE INFORMAÇÃO E APOIO AO ALUNO?

SIM


NÃO

52. SE SIM, QUAL O MOTIVO? \_\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO.**